

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
ANNÉE SCOLAIRE 1902-1903. — N° 104

L'EXTIRPATION
DU SAC LACRYMAL
DANS LES
DACRYOSYSTITES
SES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 6 janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Vital BÉRARD

Ancien assistant du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Né à Cavaillon (Vaucluse), le 15 mai 1878.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1903

L'EXTIRPATION DU SAC LACRYMAL

DANS LES

DACRYOSYSTITES

SES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 6 janvier 1903

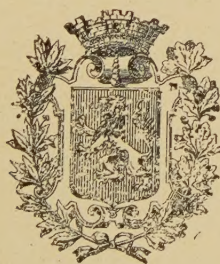
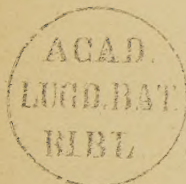
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Vital BÉRARD

Ancien assistant du service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Né à Cavaillon (Vaucluse), le 15 mai 1878.



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1903.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR
CROLAS	QUESTEUR

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY.
Cliniques chirurgicales	{ FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (Maurice). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. CROLAS.
Clinique obstétricale et Accouchements	
Clinique ophthalmologique	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SIRAUD	BÉRARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, président ; ROLLET, assesseur ;
MM. BÉRARD et TIXIER, agréés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

• *A TOUS LES MIENS*

A M. le Docteur ROLLET

MON MAITRE

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

A M. le Professeur JABOULAY

*Qui m'a fait l'honneur de présider
ma soutenance de thèse.*

INTRODUCTION

En 1895, M. le professeur agrégé Rollet, revenant de Vienne, où le ministère lui avait confié une mission scientifique, communiquait, dans son rapport officiel sur l'enseignement de l'ophtalmologie de cette ville, les excellents résultats qu'il avait constatés de l'extirpation du sac lacrymal dans les affections du sac lacrymal (service du professeur Fuchs). Deux ans après, son élève Vadon publiait les premiers résultats personnels du maître, qui avait pratiqué cette intervention dans certains cas où il en voyait l'indication formelle.

Depuis que nous suivons le D^r Rollet et qu'il a bien voulu nous agréer comme assistant, nous avons vu par nous-même les merveilleux résultats de l'ablation totale du sac lacrymal dans les dacryocystites, constituant ainsi la vraie cure radicale de cette affection.

Avant de quitter ce maître, dont l'enseignement nous fut si utile et si fécond sur toutes les branches de l'ophtalmologie, nous avons voulu publier les

résultats éloignés des interventions qu'il a faites jusqu'ici.

Nous avons repris les quatre observations données par le Dr Vadon (thèse Lyon 1897), car nous avons pu revoir les malades dont il parle. Nous avons joint tous les résultats éloignés des ablations faites par M. Rollet depuis 1897 que nous avons pu connaître. Nous avons espéré un moment pouvoir donner une statistique plus importante, vu le grand nombre de cas qui ont passé dans le service du Dr Rollet, mais chacun sait que la clientèle de nos hôpitaux est une clientèle nomade et qu'il est difficile de retrouver les malades soignés ; les uns ont disparu de l'adresse laissée à leur entrée à l'hôpital, d'autres, trop éloignés pour qu'on les visite, refusent de venir à la consultation gratuite, et négligent de donner par lettre les renseignements qu'on leur demande.

Nous avons pu réunir une trentaine de cas environ dont les résultats éloignés de l'intervention ont pu être vérifiés par nous ou par des témoins irrécusables. Nous avons, sans parti pris, accepté les bons et les mauvais résultats, de façon à faire ressortir de notre travail un enseignement efficace tant au point de vue de la statistique qu'au point de vue des indications dans telle ou telle forme de dacryocystite.

On peut réduire à trois grandes méthodes les interventions proposées jusqu'à ce jour pour guérir la dacryocystite :

1° Le *rétablissement de voies naturelles* : c'est par le cathétérisme simple, le cathétérisme forcé, le cathé-

térisme suivi d'incision, de dilatation, d'injection, l'électrolyse.

2° *La création de voies artificielles* : la perforation de l'unguis, du sinus maxillaire :

3° *La suppression des organes sécréteurs, de l'appareil excréteur.*

Nous ne voulons pas faire un parallèle entre l'extirpation du sac lacrymal et les différents procédés, qui le touchent de près ou de loin dans la cure de la dacryocystite qu'il s'agisse de procédés non sanglants ou sanglants. S'il s'agit des premiers, tous les praticiens en connaissent l'ingratitude, la difficulté d'obtenir du malade de se prêter à une cure si longue et souvent si douloureuse, sans pouvoir garantir une guérison et une guérison durable en cas de succès. Le professeur Haab de Zurich, dans son excellent atlas des maladies externes de l'œil, après avoir donné des chromolithographies très exactes de dacryocystites, dit en parlant du traitement: « Quand le sondage ne peut se faire qu'en déployant de la force... on fera bien d'épargner au malade un supplice encore douloureux malgré la cocaïne, d'autant plus que les malades, qui ne guérissent pas, en effrayent beaucoup d'autres qui seraient curables, par le récit des souffrances résultant de pénibles sondages et qui ne se présentent que lorsqu'ils y sont forcés par les complications. Quant aux procédés qui s'adressent aux caustiques, ils exposent à de fréquents mécomptes, même entre les mains de chirurgiens.

giens expérimentés. Les scarifications ignées ou caustiques laissent souvent des cicatrices vicieuses, des rétractions, des ectropions, des traces trop visibles, le simple grattage de la cornée est anodin et insuffisant.

Ces faits découlent d'ailleurs de la lecture de plusieurs de nos observations, quand le malade porteur de dacryocystite double n'a pas eu le même traitement des deux côtés, ou quand l'ablation du sac n'a été faite qu'après d'autres traitements.

Dans un premier chapitre, nous ferons un court historique de l'ablation du sac lacrymal ; nous décrirons ensuite l'opération. Nous donnerons ensuite nos observations les divisant en :

1° Dacryocystite simple (écoulement, sans ectasie du sac) ;

2° Tumeur lacrymale (ectasie du sac, empyème...) ;

3° Fistule lacrymale ;

4° Dacryocystite tuberculeuse ;

5° Tumeur prélacrymale.

Une étude complémentaire s'imposera où nous étudierons pourquoi l'ablation du sac supprime le larmolement. Plusieurs explications ont été données entre lesquelles il faut choisir.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La lecture des ancêtres de la chirurgie moderne nous apprend qu'ils pratiquaient la destruction du sac lacrymal (Ætius, Celse, Paul d'Égine).

Celse usait du verdet en poudre, Paré de l'huile de vitriol, J-L. Petit du fer rouge. En 1724, Platner fait l'extirpation du sac et recommande la pierre infernale ou le fer rouge, comme complément de l'intervention. Après Platner l'ablation du sac lacrymal tombe dans l'oubli, l'hémorragie effrayait les chirurgiens.

En 1868, Berlin de Stuttgart rapporte au congrès d'ophtalmologie de Londres, puis dans le *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, trois cas d'extirpation totale du sac.

Disons de suite qu'en France son opération fut de suite condamnée, peut-être sans preuves suffisantes;

Galezowsky dans son *Traité des maladies des yeux*, qui paraît quelques mois après, dit que l'opération n'est point rationnelle et doit être abandonnée. Arlt repousse cette opération en raison de la proximité des vaisseaux sanguins angulaires. De Wecker repousse cette opération par une boutade injuste : « Cette opération a été reprise, comme tout mauvais conseil donné en médecine, dit-il. La rétraction qui en résulte est des plus disgracieuses. » Nous ferons raison de ces accusations dans le cours de notre travail. Panas est le seul qui défende un peu la proposition de Berlin. Il la reconnaît dans certains cas « le mode de traitement le plus prompt et le plus efficace ». Il ne faut pas s'étonner qu'après de pareilles excommunications, l'ablation du sac lacrymal soit tombée dans l'abandon en France. Les critiques contre elle se retrouvent dans tous les travaux.

A l'étranger, Businelli, en 1872, la proclame une opération facile et en publie des résultats fort satisfaisants. Artmann, élève de Samish, nous donne trois observations d'extirpation faites par le maître en 1875. Schreiber, en 1881, donne 40 cas d'extirpations faites par De Greefe et en 1888 il en publie 96 cas personnels. Everbush, Sbordone de Naples, Ayres d'Amérique, Kunht d'Iéna, Silex de Berlin, Pfalz-Dusseldorf font des publications favorables de 1882 à 1892. Johannès Von Ammon, Paul Hesse, Tokuso-Cumira, Muller, en 1893, assistant de Fusch, publient des résultats excellents.

Pendant ce temps, en France, tous les auteurs sont muets au sujet de cette opération. En 1891, nous

voyons la Société française d'ophtalmogie mettre à l'ordre du jour la question des affections lacrymales. M. Terson (de Toulouse), rapporteur, ne parle pas de l'ablation du sac lacrymal. Dans la longue discussion qui suit, personne n'en parle.

Les choses en étaient là, lorsque en 1896 et 1897, notre maître Rollet indique dans le *Lyon médical* les beaux résultats qu'il a obtenus ; il fixe le manuel opératoire de l'opération et en montre les indications.

En 1897, Vadon, élève de Rollet, reprend la question.

Le 1^{er} mai 1899, M. Rollet faisait une communication à la Société française d'ophtalmogie sur la tuberculose du sac lacrymal. En 1900, il inspirait à son élève Vincent une excellente thèse sur le même sujet. En 1900 également Rollet puis Jocsq discutent dans la *Clinique ophtalmologique* et dans les *Annales d'oculistique* sur la tumeur prélacrymale et la différenciation clinique de la tumeur lacrymale. En 1901, Aribaud, élève de Rollet, dans sa thèse inaugurale, conclut à l'ablation du sac lacrymal dans certaines formes de tumeurs prélacrymales. Les premières publications de notre maître avaient secoué l'indifférence générale à l'égard de l'opération de Berlin et depuis 1895 nous voyons les publications se multiplier sur ce sujet. Nous ne pourrions citer tous les travaux parus là-dessus, dans un ordre chronologique. Les ophtalmologistes partisans de l'opération y reviennent fréquemment. Citons Valude, Terson, Salva en France, Circione, Yan, Kéléwitch, Exersbach à l'étranger. La question est abordée par les auteurs

français et Terrien dans son ouvrage sur *la Chirurgie de l'œil et des annexes* décrit cette opération dont il se montre peu partisan. Nous y reviendrons.

De Ridder, à la Société belge d'ophtalmologie, en 1901, fait une communication sur l'extirpation du sac.

CHAPITRE II

Manuel opératoire.

Terson, cité par Vadon, nous rapporte « qu'Aétius pratiquait la destruction du sac en triangle le sommet tourné vers la commissure, puis l'œil protégé par un tampon humide, il appliquait le cautère spécial à *ægilops* jusqu'à l'os. »

Platner faisait l'incision concave en dehors, proposée aussi par Berlin. Le fer rouge était toujours employé consécutivement.

Vadon a décrit dans sa thèse l'opération telle que la pratique Rollet, extirpation sans cautérisation à la suite.

Depuis l'apparition de ce travail, Rollet a cru devoir modifier quelques détails de technique. Nous allons décrire cette opération en donnant à mesure quelques modifications apportées par les chirurgiens qui, à la suite, ont pratiqué cette intervention.

Rollet a renoncé à toute injection solidifiante dans le sac, elle n'aide que peu et offre le grand inconvénient de rompre quelquefois un sac aminci et, si l'on

a affaire à une dacryocystite fistuleuse, on a à redouter, dis-je, de voir l'infection se répandre dans le tissu cellulaire circonvoisin.

De Ridder, à la Société belge d'ophtalmologie, recommande de vider le sac avant l'opération, de crainte de voir la plaie souillée par le contenu.

Nous expliquerons plus loin que, d'après notre propre expérience, ce nous paraît être là une précaution inutile, nous ajouterons, impossible à bien remplir ; les tissus du sac, au moment où on les incisera, contiendront toujours suffisamment d'exsudats purulents pour souiller la plaie.

L'anesthésie est faite à l'éther après les soins préliminaires ordinaires à toute opération. On se sert toujours dans le service du bonnet de Landeau pour les opérations sur la face, mais les avantages de ce sac en caoutchouc en font les inconvénients. Son imperméabilité fait que le malade respire trop d'air ou pas suffisamment s'il est bien appliqué sur la bouche et le nez. De plus les vapeurs d'éther se forment lentement pour la même raison. Ces inconvénients disparaissent quand l'anesthésie est déjà produite et qu'il suffit de peu de vapeurs d'éther pour la maintenir.

Aussi, Rollet fait-il commencer les anesthésies avec le grand sac ordinaire pour prendre le bonnet de Landeau quand le malade dort suffisamment pour que le chirurgien puisse commencer à inciser.

Où faut-il faire l'incision ?

Presque tous les opérateurs basent sur le tendon de l'orbiculaire leur point de repère. Quelques-uns

l'incisent franchement, d'autres l'évitent et portent la pointe du bistouri à une distance qui varie de un millimètre à deux millimètres $1/2$ au-dessous de lui. Citons pour mémoire l'opinion de Mackensie qui recommande dans l'incision du sac (pour sa cautérisation) d'éviter de couper le tendon de l'orbiculaire, car « bien que la section de ce tendon entraîne beaucoup moins d'inconvénients qu'on ne le croit, en effet, après la cicatrisation de la plaie, les paupières conservent leur position naturelle et le muscle accomplit ses fonctions comme auparavant ; on court le risque toutefois de diviser les conduits lacrymaux, ce qui donnerait lieu à un larmolement incurable ».

Retenons la première partie de sa proposition, quant à la seconde, nous en démontrerons l'erreur par notre travail même.

M. Rollet fait l'incision au milieu du tendon, au niveau de son bord inférieur. « Il incise ensuite suivant une ligne qui d'abord perpendiculaire, se dirige sur le côté temporal par une légère courbure sensiblement parallèle à celle que l'on sent facilement avec le doigt sur la crête de l'apophyse montante du maxillaire inférieur. » (Vadon.) Actuellement M. Rollet fait une incision plus longue en bas et en dehors et n'hésite pas à lui donner 2 centimètres à 2 cent. $1/2$ de sorte que c'est la portion verticale qui supporte en grande partie cette augmentation de longueur et l'incision ne se trouve plus sur la crête de l'apophyse montante du maxillaire, mais à 5 ou 6 millimètres de ce bord. En somme incision courte quand le sac est de volume normal, non ectasié (dacryocystite

simple); incision plus ou moins longue dans les tumeurs lacrymales suivant la dilatation sacculaire.

C'est là que se place l'importante question de l'hémorragie qui a fait jusqu'ici repousser cette opération.

Les dissections de Vadon, qu'il rapporte dans sa thèse, nous montrent que l'hémorragie « grave et dangereuse » ne peut avoir lieu. L'artère angulaire n'offre au bistouri du chirurgien que des rameaux peu nombreux. Quelquefois Vadon a trouvé des artérioles venant de l'angulaire et passant par le canal nasal. Une seule fois (f. IV) il a vu l'angulaire faire « un coude brusque et venir passer sur la partie supérieure du sac », mais tous ces vaisseaux ne donnent qu'une hémorragie qui est insignifiante et qui n'a que l'inconvénient de masquer pendant quelques instants le champ opératoire. Nous nous en sommes toujours rendu maître par une compression à l'aide d'un tampon d'ouate roulé en fuseau. Le secours de la pince hémostatique n'est nécessaire qu'en cas de section de l'angulaire.

Valude (*Ann. ocul.* 1902) reconnaît qu'on ne peut éviter l'hémorragie dont il ne se préoccupe d'ailleurs pas. Nous ferons à cet auteur le reproche d'une incision trop longue et par conséquent inutile.

Dès que les lèvres de la plaie commencent à bailer, un aide les écarte avec deux écarteurs mousses et le chirurgien incise le tissu cellulaire présacculaire.

C'est souvent très profondément qu'il faut aller

pour arriver sur la paroi antérieure du sac qui frappe par sa coloration d'un gris ardoise. Nous l'avons vu quelquefois au fond d'une cavité de près d'un centimètre et demi.

Terson en 1900 (in. *Clin. opht. et de chirurgie ocul.*, Un point de repère pour la découverte du sac lacrymal), proposait dans un troisième temps, de mesurer au compas la distance qui sépare l'angle interne de la fente palpébrale du sac lacrymal et d'inciser à 3 mill. 1/2 ou 4 millimètres au plus, au-dessous. Il a banni depuis cette précaution inutile et il indique comme point de repère l'olive mousse d'un crochet à strabisme, introduit presque dans le sac par le canalicule supérieur incisé en totalité. Ce sont là des précautions oiseuses et nous n'avons jamais vu la recherche du sac laborieuse ; l'incision première étant convenablement faite et l'anatomie de la région étant connue.



Rugine de Rollet (grandeur naturelle).

Le sac découvert, M. Rollet, à l'aide d'une pince ordinaire et du bistouri libère la face antérieure du sac de la lame fibreuse qui le recouvre.

Terrien, dans son ouvrage, d'ailleurs excellent sur la chirurgie de l'œil et des annexes, se montre peu partisan de l'extirpation du sac qu'il décrit et qu'il dit en terminant : « inférieure à la cautérisation ».

Elle ne peut être que très difficile, faite aux ciseaux comme il l'indique (page 231), car il est

impossible d'enlever ainsi la muqueuse adhérente au périoste et à la paroi fibreuse.

Après avoir libéré la face antérieure du sac, M. Rollet le sépare du périoste et de la gouttière lacrymale, qui sont en rapport avec sa face postérieure et interne. La rugine qu'il a fait construire est d'une grande commodité pour cela. Cette décortication du sac ne peut être méthodiquement faite qu'à la rugine et les ciseaux ne permettent qu'une dissection incomplète. La paroi supérieure et externe par où on termine la libération du sac offre une enveloppe fibreuse très adhérente, pour la séparation de laquelle les chirurgiens rencontrent parfois quelques difficultés.

M. Rollet termine l'opération par la section aux ciseaux de la partie des conduits lacrymaux s'abouchant avec la partie supérieure du sac et le curettage du canal nasal.

Telle est l'opération très simple en somme, quand on a affaire à un sac dilaté dont les parois encore peu infiltrées sont relativement saines et résistent aux tractions et à la prise de la pince.

Quand on a affaire à un sac dégénéré, adhérent aux tissus ambiants, percé de fistules, à parois amincies qui se déchirent dès la première prise, on ne peut l'avoir que par morcellement. Le cas se présente fréquemment et il faut convenir qu'on peut enlever alors à l'opération le gros avantage des guérisons rapides car la cavité peut ainsi s'infecter, donner des récidives et se fermer lentement.

Après la recommandation de ne pas ouvrir le sac, celle sur laquelle insiste le plus M. Rollet, d'accord

en cela avec tous les auteurs, est celle de ne pas laisser de lambeaux de muqueuse dans la plaie. Cette conduite est facile à tenir dans les cas de mucocèle sans inflammation périphérique, c'est-à-dire à sac mobile, non adhérent ; plus difficile s'il y a péridacryocystite, phlegmon lacrymal ancien ou récent.

Rohrs cite une observation de Scheiber comme « exemple en faveur de la nécessité d'exciser toute la muqueuse malade ; malgré une hémorragie forte une extirpation a été achevée à la curette tranchante mais un petit lambeau de la partie postérieure est resté. La conséquence a été que la blessure n'est pas arrivée à guérison complète, et qu'une fistule s'est ouverte. » Hesse cite des observations de même genre. M. Terson applique le thermocautère pour être sûr de tout détruire.

M. Rollet pousse la curette tranchante dans la cavité sacculaire et dans le canal nasal aussi loin que l'instrument peut aller. Mais il repousse toujours l'emploi d'une cautérisation consécutive qui fait suppurer la plaie ou prolonge considérablement les suites opératoires.

Malgré ce complément énergique d'extirpation de muqueuse du canal nasal, nous aurons à citer quelques cas où la guérison incomplète doit être attribuée à l'oubli d'un repli de la muqueuse.

Ce sont les modes de pansement que M. Rollet a le plus modifiés, depuis qu'il pratique l'extirpation du sac.

Plus de drainage, ni de suture, quelque mauvais aspect qu'ait les lèvres de la plaie, quelque infiltration qui occupe le tissu prélacrymal : nous avons

toujours fait un pansement à plat et sans suture. Quand nous avons affaire à un sac très gros, et que la cavité vide produisait ce retrait qui augmente l'angle interne, nous appliquions directement sur les lèvres de la plaie un tampon de gaze maintenu par un pansement quelque peu compressif, tant pour arrêter l'écoulement des petits rameaux que pour favoriser l'adhérence des divers plans.

M. Salva de Grenoble (*Ann. ocul.* oct. 1902) draine, craignant la formation d'un abcès. D'autre part, le drain empêchant la cicatrisation de la plaie, il tourne la difficulté de la façon suivante.

« Quand je juge utile, dit-il, de drainer la loge qui contenait le sac, avec le couteau de Weber introduit dans le canalicule inférieur, j'agrandis largement en dedans la communication du cul-de-sac conjonctival, avec la loge où siégeait le sac enlevé (comme lorsqu'on incise le sac lacrymal, mais très largement) je fais ensuite passer une mèche iodoformée par l'orifice créé jusqu'au fond de la loge. »

Ce nous paraît être là une complication importante de l'opération : nul doute que l'orifice du conduit lacrymal ne reste ainsi largement ouvert après un séjour de trois ou quatre jours de la mèche. Nous n'avons jamais eu à déplorer la formation d'abcès secondaire après l'opération. Dans des cas même où le sac s'étant déchiré, laissait couler abondamment son contenu dans la plaie, nous n'en n'avons pas moins obtenu une cicatrisation complète, quoique retardée de quelques jours, sans que le pansement ait été réellement souillé de pus et nous n'avons

jamais pansé la plaie qu'à plat après avoir saupoudré de xéroforme.

Nous ferons justice de la réputation de cette intervention d'exposer à des hémorragies en disant que nous n'avons jamais vu notre pansement en monocecle légèrement compressif, traversé par le sang.

Tel est le manuel opératoire que nous avons décrit un peu en détail pour détruire les légendes de dangers ou de difficultés que l'on cite encore en parlant de cette opération, alors qu'on avait en vue des opérations faites pendant la période préantisesptique.

CHAPITRE III

Resultats éloignés de l'extirpation du sac lacrymal.

La guérison de la suppuration lacrymale.

Guérir une dacryocystite veut dire : 1° guérir la suppuration lacrymale (écoulement purulent, inflammation du voisinage du sac, de la peau, etc.).

Dans ce chapitre nous avons en vue la cure de l'inflammation lacrymale suppurative que nous étudions dans les différentes variétés de dacryocystite.

§ 1^{re}. — DACRYOCYSTITE SIMPLE

Écoulement lacrymal — Blennorrhée lacrymale

Les formes de la dacryocystite sont trop diverses pour être toutes mises dans le même groupe, souvent ces diverses formes ne sont que des stades plus ou moins avancés d'une même affection, et les auteurs leur ont appliqué les dénominations les plus variées. Nous donnerons dans le cours de ce chapitre les

synonymes usités, admis dans les classiques et les observations relatées, en décrivant chacune des formes que nous avons cru devoir isoler.

Nous entendons par dacryocystite simple l'inflammation de la muqueuse du sac à son premier degré quand elle ne se révèle que par un flux de larmes ou de muco-pus.

Le larmolement purulent est le seul symptôme. Les agents irritants l'exagèrent. les malades remarquent parfaitement que la narine correspondante est sèche. L'inflammation a produit de légers rétrécissements. C'est la « blennorrhée du sac » des Allemands. appellation que l'on retrouve dans l'ouvrage du professeur Fusch. C'est un mauvais terme, puisqu'il rappelle la nature blennorrhagique ou gonococcienne de l'affection. Or, jamais l'on ne trouve le gonocoque dans le sac lacrymal enflammé et il est exceptionnel de voir une dacryocystite compliquant une ophtalmie à gonocoque.

La dacryocystite simple est une entité clinique très fréquente. Souvent cependant les malades des hôpitaux qui en souffrent ne consultent que lorsque l'affection est ancienne et arrivée au deuxième stade, à l'ectasie du sac. La longueur du traitement par les sondages est un ennui pour les malades qui réclament une thérapeutique plus rapide : les péridacryocystites diffuses succédant aux sondages, une opération de cataracte ou une affection nécessitant l'ouverture de la chambre intérieure sont autant de causes indiquant l'extirpation du sac lacrymal.

L'extirpation du sac donne d'excellents résultats

dans ce cas. La plaie en tissus cutanés et périsacculaires sains, l'extirpation, toutefois délicate, d'un sac se détachant en totalité sans morcellement, n'infectant pas ou peu les profondeurs de la plaie et son contenu, permettent d'obtenir une cicatrisation complète en quatre ou cinq jours.

L'extirpation du sac, d'après M. Rollet, se trouve moins formellement indiquée que dans les formes de dacryocystite étudiée plus loin. Le sondage a souvent et seulement dans cette forme ses droits, aussi nous ne rapportons que deux observations de résultat éloigné d'extirpation du sac dans ces dacryocystites simples.

L'observation I se rapporte à une femme de cinquante-huit ans ayant subi des cathétérismes sans obtenir d'amélioration. Le sixième jour après l'extirpation, tout était fini et le dix-septième elle était opérée de cataracte sans incident. Aujourd'hui, vingt-cinq mois après, elle nous parle de son état, tant au point de vue de la vision qu'au point de vue du larmolement qui n'a pas reparu. Pas de suppuration à la pression de la loge lacrymale.

L'observation II nous montre une guérison en neuf jours et parfaitement maintenue d'une dacryocystite simple pour laquelle le malade avait subi des cathétérismes; et remarquons que tandis que l'œil droit ainsi opéré a guéri, le gauche, traité par des curetages et le thermo-cautère, a gardé une suppuration abondante.

OBSERVATION I

Dacryocystite simple. — Cataracte. — Guérison complète.

ROLLET, *Clin. ophtal.*, 25 juillet 1901.

Veuve B..., Marguerite, entre le 29 avril 1901 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, lit n° 7.

A son entrée, la malade présente une dacryocystite à droite, sans ectasie du sac, ni rougeur des téguments. Un spécialiste des environs lui faisait des cathétérismes par le point lacrymal débridé. Pas d'amélioration notable de son affection.

On la traite, avant d'opérer une cataracte double, dont la malade est également porteur. Injection d'oxycyanure de mercure.

Le 3 mai, fausse route, œdème palpébral inférieur, instillation de bleu de méthyle.

Le 9 mai, état stationnaire persistant; on se décide à une intervention radicale.

Le même jour, opération par M. Rollet. Après anesthésie. Incision habituelle de 18 millimètres environ, courbe.

Recherche du sac vidé par les points lacrymaux le sac est saisi avec une pince et détaché en bloc à l'aide de la rugine.

15 mai. — Cicatrisation parfaite.

21 mai. — Opération de la cataracte.

La malade s'en va le 30. On ne note que l'état de sa vision de l'œil opéré de la cataracte. Elle est d'un demi faible à cinq mètres avec un sphérique + 9. La cicatrice de l'opération de l'extirpation du sac est imperceptible, la peau glisse sur les tissus profonds.

14 décembre 1902. — Nous écrivons à la malade qui nous fait répondre par sa famille. On nous dit qu'elle y voit très bien, au point de passer sa journée à coudre; on nous assure de sa reconnaissance. Le sens de la lettre indique que c'est surtout de la cataracte qu'on nous entretient, nul doute que, si les yeux pleuraient, on nous l'eût signalé.

OBSERVATION II

Dacryocystite simple. — Guérison.

(In thèse VADON)

P..., Jean-Baptiste, dix-huit ans, entré le 13 mars 1896 dans la salle Saint-Charles, lit n° 16.

Rien dans les antécédents personnels. Le malade est sujet à s'enrhumer, il a eu à plusieurs reprises des bronchites assez tenaces. Sa voix est constamment enrrouée. Il y a deux ans survint une otite purulente qui dura deux mois et laissa subsister une surdité notable du côté gauche; en même temps apparurent des ganglions cervicaux qui ont subsisté depuis.

Le nez, un peu avant cette date, était malade à son tour, il y avait de l'enchifrènement perpétuel, des croûtes et parfois des débris sanguinolents. C'est à ce moment que remontent les débuts du larmolement qui amène le malade à l'hôpital.

Il y aurait eu concomitance absolue entre l'épiphora et la rhinite (il y a quatre ans); quant à l'otite elle aurait été la dernière en date (deux ans).

L'épiphora dura environ deux ans et demi des deux côtés, puis il se forma à droite une tumeur lacrymale qui ne perça pas au dehors et se vida par le point lacrymal en donnant issue à un liquide purulent. Depuis un an, la tumeur ne s'est plus reproduite de ce côté, mais l'épiphora a persisté et il sortait toujours un peu de pus lorsqu'on pressait sur le sac lacrymal.

Pour le côté gauche le larmolement dura plus longtemps (trois ans) sans rien amener du côté du sac, puis il y a trois mois, survint un abcès que le malade perça lui-même avec une épingle. Il sortit une grande quantité de liquide purulent un peu sanguinolent et il en résulta une fistule, qui ne s'est pas fermée depuis.

Actuellement on constate de chaque côté un larmolement chronique. La pression sur le sac fait refluer un liquide louche et assez abondant; il n'y a pourtant pas à proprement parler

de tumeur lacrymale. A gauche existe une fistule actuellement tarie au-dessous de l'orbiculaire, ganglions cervicaux et rétro-auriculaires, croûtes dans le nez, enchifrènement constant.

L'on a essayé de pousser une injection à droite par le point lacrymal. Celle-ci a pénétré légèrement dans le tissu cellulaire provoquant une boule d'œdème, l'injection n'a pu ressortir par le nez; le malade entra à l'Hôtel-Dieu le 3 février 1896 et en sortit le 16 février. Le diagnostic était alors : « dacryocystite double, fistule lacrymale à gauche ».

Le lendemain de son entrée, le 4 février, on opéra le malade. Après anesthésie à l'éther, on fit un curetage de la région du sac et on cautérisa ensuite au thermo-cautère à gauche.

Après sa sortie, l'épiphora continua et le malade ne trouva aucune amélioration à son état précédent avant son phlegmon.

Rentré dans le service le 14 mars, il demandait à être opéré ; le 20 mars 1896, M. Rollet opère le malade à droite, laissant à gauche la fistule traitée antérieurement avec le thermo-cautère et qui a récidivé.

Anesthésie, incision de la région du sac. Dissection méthodique de celui-ci ; elle se fait facilement.

Réunion par première intention.

29 mars. — Le malade sort avec son œil droit guéri.

30 avril. — Le Dr Rollet revoit le malade, toujours croûte et fistule à gauche. A droite, petite cicatrice imperceptible. Épiphora à gauche, à droite peu apparent.

12 décembre 1896, malade revu par M. Vadon, à Charbonnières. A gauche, fistule revêtant un caractère chronique favorable pour une intervention ultérieure, épiphora marquée. A droite, cicatrice impossible à trouver, si on n'était prévenu. L'œil un peu humide ne présente pas de larmoiement vrai.

Récemment, nous aurions voulu revoir le malade, mais il a disparu du hameau où il était domestique sans laisser d'adresse. Le résultat donné par Vadon est toutefois assez éloigné pour être concluant.

§ II. — TUMEUR LACRYMALE PROPREMENT DITE

Sac ectasié. — Mucocèles. — Varice lacrymale.
Empyèmes subaigus ou chroniques.

Cette seconde forme de la dacryocystite semble, si on jugeait d'après notre statistique la plus fréquente ; sur 27 cas de résultats éloignés d'extirpation du sac que nous présentons, 11 appartiennent à cette forme — cette plus grande fréquence n'est qu'apparente, elle provient de ce que les malades ne se présentent que lorsque l'affection est devenue gênante pour eux, soit par l'abondance du pus qu'elle provoque, soit par l'ennui que leur procure la présence de cette tumeur sur une partie du visage. Ce sont les raisons qui font que les chirurgiens voient surtout des dacryocystites à l'état de tumeur vraie, appelées indifféremment empyèmes, mucocèles ou ectasie du sac. En outre ce sont ces cas qui sont spécialement justiciables de l'extirpation et non du sondage.

Trois cas peuvent se présenter : la pression fait refluer le liquide dans les points lacrymaux, l'obstacle se trouve alors du côté du nez. Le liquide passe par le canal nasal, l'obstacle est alors du côté des points lacrymaux ou enfin la tumeur est fermée par deux obstructions et alors ne se vide plus. Ce dernier cas est fréquent en clinique ; dans les cas précédents, le malade se contentant de vider plusieurs fois par jour le contenu de la tumeur par la voie où l'obstacle n'existe pas. Nous citons l'observation d'un malade

qui la vidait ainsi plus de vingt fois par jour. C'est dans ces cas-là que les auteurs reconnaissent dans l'extirpation du sac l'opération de choix. L'expérience d'un chacun leur a montré que toute tentative de cathétérisme est inutile, d'effet nul, souvent cause d'accidents par les fausses routes auxquelles exposent des parois friables et la plus grande force qu'il faut développer en cas de rétrécissement plus résistant.

De plus le malade qui souvent aura reconnu l'inutilité du cathétérisme et des injections pendant la période de dacryocystite simple sans ectasie qu'il vient de traverser, pratiques auxquelles souvent, dans son ignorance, il attribuera l'aggravation de son état, le malade, disons-nous, ne se refusera pas à l'opération.

M. Terson fait le reproche à l'opération à cette période d'exiger « de trop grands délabrements et d'avoir une dissection du sac difficile ». Ce reproche ne nous paraît pas fondé. Nous avons toujours trouvé dans les cas d'ectasie un sac facilement reconnaissable, grâce à la teinte gris-ardoise que lui donne l'inflammation et une incision bien conduite a toujours *sans délabrements* mené droit au sac.

Les résultats que nous publions sont fort instructifs, ils nous montrent que la cicatrisation complète a toujours été obtenue du cinquième au vingtième jour, le seul cas de cicatrisation au vingtième jour a pu être provoqué par une fistule qui se créa après l'opération.

L'observation IX, A... François, nous offre le cas

d'un malade entré à l'hôpital avec une suppuration datant de trois ans et opéré un mois après d'une cataracte sans accident. C'est là un fait démonstratif.

Les résultats éloignés pris de dix-huit mois à six ans et demi après, ne nous montrent qu'une récurrence vraie sur les 11 cas. C'est l'observation VIII qui concerne une jeune fille scrofuleuse où un larmolement simple existe encore quatre ans et demi après.

A part ce cas-là où il n'y a pas de pus à la pression de la région lacrymale, mais un larmolement simple, je le répète, et non infectieux, nous avons trouvé chez deux autres malades du larmolement intermittent au vent et au froid ; c'est en réalité un fait physiologique qui peut offrir naturellement plus d'intensité chez un sujet que chez un autre, car ces deux malades n'offrent pas le moindre larmolement l'été ou à une température suffisante.

OBSERVATION III

Observation III.

Empyème du sac lacrymal.

D.... Henri, tisseur, quarante-cinq ans, entre le 1^{er} juillet 1900 salle Saint-Pothin.

Il est atteint depuis un mois environ d'un larmolement intermittent de quinze jours à un mois. Il n'y a jamais rien fait que l'application passagère d'un collyre quelconque.

Depuis deux semaines est apparue une tumeur à l'angle interne de l'œil gauche, ce qui l'amène à l'hôpital.

Cette tumeur, de la grosseur d'une noisette, est à cheval sur le prolongement interne de la fente palpébrale ; elle n'est nul-

lement bilobée et ne gêne pas le malade qui vient pour son larmoiement.

Le sac ectasié ne se vide ni par l'œil ni par le nez, la peau est un peu rouge, en somme empyème du sac à canal fermé.



Nous donnons ici sa photographie à cause de la situation un peu particulière de cette tumeur, situation supratendineuse qui se rencontre quelquefois alors que l'infratendineuse est beaucoup plus fréquente.

Opération le 2 juillet 1902. M. Rollet extirpe le sac en plu-

sieurs morceaux. A la place grand vide qui semble se combler mal par les lèvres de la plaie.

Le 13 juillet, une fistule a donné pendant quelques jours, actuellement elle est fermée. Peau souple, petite croûte au niveau de l'incision.

22 juillet. — Tout est fini. La région opérée n'offre qu'une légère rougeur. La cicatrice n'est presque plus visible, encore un léger larmolement.

A la date du 8 décembre 1902, le malade nous dit que son affection n'est jamais revenue et que son œil gauche non opéré commençant à pleurer, il a l'intention de venir nous voir. Il n'a conservé aucune cicatrice visible, dit-il, et nous demande rendez-vous pour faire opérer l'autre œil atteint de la même affection.

OBSERVATION IV

In thèse VADON, 1897.

Tumeur lacrymale. — Récidive à l'état de fistule.

Antoinette S..., cinquante-huit ans, ménagère, entre le 15 mars 1896, dans la salle Sainte-Claire, lit n° 9.

Malade rhumatisant; nodosités d'Heberden aux doigts, santé néanmoins habituellement bonne, jamais de toux.

Depuis huit ans, larmolement chronique; peu gênant, n'entraînant pas de douleur ni de rougeur de l'œil. Aucune cause appréciable de ce larmolement. Rien à noter du côté du nez, dont la muqueuse paraît avoir été toujours saine. Rien non plus du côté des os.

Il y a deux ans et demi, apparition lente d'une tumeur au niveau du sac lacrymal, tumeur qui avait mis environ un an pour atteindre le volume actuel. Celle-ci ne se vida jamais, ni spontanément ni par la pression; elle serait toutefois, au dire de la malade, moins accentuée le matin que le soir. Jamais non plus elle n'a été le siège de phénomènes inflammatoires; la douleur accusée est plutôt de la gêne que de la douleur véritable.

Actuellement la tumeur en question a la forme d'une gourde de pèlerin, appliquée verticalement au niveau du sac et a à peu près le volume d'une grosse noisette.

Le col de la gourde est formé par le tendon de l'orbiculaire.

La consistance est plutôt dure, mais d'autre part, si on place un doigt sur la portion supérieure et un autre doigt sur la portion inférieure, plus grosse que la précédente, on obtient une fluctuation manifeste, il y a nettement communication entre les deux poches.

A gauche, il existe de même un léger larmolement remontant aussi à sept ou huit ans, mais la malade en est fort peu incommodée.

La vue est bonne des deux côtés. On essaie de faire le cathétérisme. La sonde ne passe pas.

18 mars 1896. — Extirpation du sac par M. Rollet. Les parois minces et friables empêchent l'extirpation méthodique. Le sac crève et laisse répandre dans la plaie une certaine quantité de pus jaunâtre. On sectionne le tendon de l'orbiculaire et on arrache le sac par lambeaux. Lavage antiseptique. Suture du tendon, pas de suture du bord de la plaie.

4^{re} avril. — La malade s'en va paraissant guérie, mais nous écrivons cinq mois après qu'il s'est produit une récurrence.

En décembre 1902, nous écrivons à la malade qui nous répond à la date du 9 décembre qu'elle est guérie de sa récurrence, mais qu'elle a conservé un petit pertuis fistuleux qui ne donne une goutte de liquide qu'en pressant fortement. Le larmolement n'existe pas. Elle se déclare très satisfaite.

OBSERVATIONS V et VI

Empyème des sacs lacrymaux. — Guérison des deux côtés.

Le jeune C. Joannès porte depuis plus de deux ans à la suite d'une conjonctivite a frigore un larmolement continu de l'œil gauche. Il entre à la salle Saint-Pothin le 8 février 1902.

La présence du pus à l'angle interne de l'œil aurait suivi de près la conjonctivite ; depuis un an, la région du sac est tuméfiée et s'affaisse à la pression.

A son entrée des concrétions de mucus occupent l'angle interne de l'œil. De plus, la région du sac lacrymal est occupée par une tumeur du volume d'un noyau de cerise. La pression en ce point fait sourdre à la caroncule un flot de pus. Notons que la région du sac est recouverte par une peau saine, sans rougeur ni chaleur, ni tendance à l'ulcération.

Pas de conjonctivite, pas de blépharite.

9 février 1902. — M. Rollet pratique l'ablation au bistouri du sac ectasié et rempli de pus. — Pansement à plat.

13 février. — Cicatrisation en voie, pas de pus.

21 février. — Cicatrisation parfaite, un peu de larmoiement.

21 juillet. — Le malade revient faire opérer l'œil droit également atteint, nous examinons l'œil gauche. Le larmoiement a à peu près complètement cessé, rien à la pression de la loge lacrymale conjonctive absolument saine.

L'échantillon de pus provenant du sac envoyé au laboratoire de bactériologie, il nous est répondu à son sujet :

1^o *Examen direct. — Négatif.* — Cultures en bouillon ordinaire et en bouillon sérum, ont poussé de façon peu abondante en donnant des diplocoques, gardant le Gram, ressemblant à du pneumocoque.

15 juillet 1902. — Depuis que l'œil gauche a été opéré, l'œil droit qui était déjà larmoyant, surtout par une température froide, a pris un empyème vrai.

Le jeune malade raconte que la région du sac enfle, la partie devient dure, puis tout se vide dans l'œil par le canal lacrymal. Rien ne passe par le nez.

Pas d'infiltration de la peau qui est saine, pas de rougeur, ni de chaleur. Nous avons fait la même remarque quand l'œil gauche fut atteint.

En pressant sur le sac, on fait sourdre du pus en assez grande abondance, ce pus se renouvelle très rapidement.

L'examen au microscope montre du streptocoque et du staphylocoque.

Le 16 juillet, extirpation du sac par M. Rollet; pansement à plat.

21 juillet. — Cicatrisation absolue, conjonctive normale. Rien à la pression de la loge lacrymale.

18 novembre. — OEil absolument sec. — Rien à la pression.

A l'œil gauche très légèrement humidité, le malade ne se plaint pas du larmoiement.

Le 9 décembre 1902. — Nous revoyons le malade, l'œil est absolument sec, même au froid.

L'œil gauche a le bord palpébral inférieur légèrement brillant, signe d'un peu d'hypersécrétion lacrymale. Cela disparaît dès que le malade se trouve à une température moins froide. Le jeune malade reste trois quarts d'heure en notre présence, malgré l'émotion à l'examen, il n'a pas présenté le moindre larmoiement. Il dit que la lumière vive lui produirait le même effet que le froid, mais jamais les larmes ne dépassent le bord ciliaire et il est rare qu'il ait à étancher l'hypersécrétion à cause du trouble de la vue.

OBSERVATION VII

Empyème du sac à canal fermé. — Guérison.

V... Antoine, cultivateur, trente-trois ans, entre le 3 juin 1901 dans le service du Dr Rollet, hôpital de la Croix-Rousse.

Nous ne notons rien dans les antécédents de ce malade avant l'affection actuelle.

Il y a bientôt deux ans, à l'angle interne de l'œil gauche apparaît un petit « bouton » qui n'a jamais percé au dehors. Un médecin lui ayant conseillé l'opération, le malade entre à la Croix-Rousse.

Il présente, à l'angle interne de l'œil gauche, une tumeur nettement bilobée, dont la portion supérieure ronde a la gros-

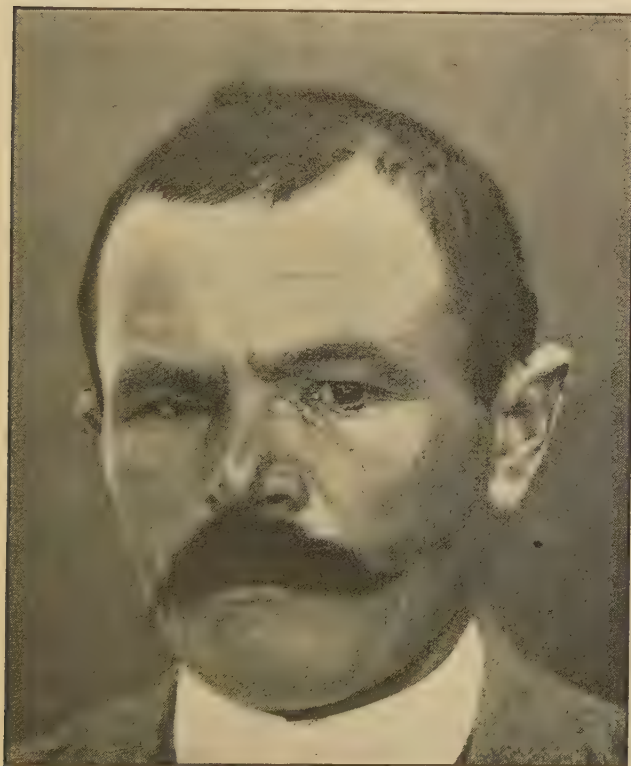
seur d'une grosse noisette ; la partie inférieure double de la précédente va en s'atténuant peu à peu vers le bas se continuer avec les parties saines sans lignes de démarcation nette.



La portion supérieure atteint la tête du sourcil, obstrue l'angle oculaire interne ; la portion inférieure soulève la paupière rétrécissant ainsi la fente palpébrale dans sa moitié interne.

La tumeur, qui avait l'apparence de peau saine, a rougi depuis huit jours ; on a nettement la sensation de liquide ; fluctuation d'un lobe à l'autre.

A la surface de la tumeur, desquamation furfuracée, depuis que l'inflammation a gagné les téguments, l'œil pleure; il n'y a jamais eu d'écoulement ni par le canal nasal, ni par les points



lacrymaux, le malade est très affirmatif à ce sujet. La pression ne fait d'ailleurs rien sourdre ni par le nez, ni à la caroncule.

7 juin. — M. Rollet incise dans l'axe du sac, suivant une ligne un peu oblique en bas et en dehors, sortie en grande quantité d'un pus granuleux.

Après avoir essuyé le sang on voit nettement la muqueuse

gris bleuâtre du sac; on la détache. Pansement à plat sans drain ni suture.

10 juin. — Premier pansement. Bon résultat.

12 juin. — La tumeur s'est considérablement affaissée et l'œil dégagé.

14 juin. — Plus de tuméfaction; cicatrisation complète; pas de sécrétion à la pression; pas de larmoiement. Le malade part très content. Notons que la peau n'est pas adhérente aux tissus sous-jacents.

24 juin. — Le malade revient nous faire constater que le larmoiement n'existe plus, que la cicatrice est presque invisible.

A la date du 9 décembre 1902, le malade nous écrit :

« C'est avec plaisir que je vous donne de mes nouvelles qui sont très bonnes depuis mon opération. Mes yeux n'ont jamais plus pleuré. Je vous affirme, en vous remerciant, du bon résultat de mon opération. »

OBSERVATION VIII

Tumeur lacrymale. — Récidive. — Guérison incomplète. — Larmoiement.

P..., Jeanne, seize ans, entre salle Sainte-Catherine, hôpital de la Croix Rousse, le 15 avril 1898.

Bon état général, pas de diathèse.

Début de l'affection actuelle, il y a un an et demi, par une petite tuméfaction douloureuse, au niveau du grand angle de l'œil gauche. Elle alla pendant quatre mois, de mai à août 1897, à la consultation de l'Hôtel-Dieu où on lui faisait des cathétérismes et des injections du canal nasal. Il y a deux mois M. Gayet lui fit un grattage du sac. Il n'y a pas eu de guérison à la suite.

La région resta violacée, douloureuse, larmoiement, écou-

lement de pus à la pression sur la région ; l'affection persiste avec des alternatives de régression et de poussées aiguës.

28 avril. — Opération. M. Rollet pratique l'extirpation du sac, qui se laisse parfaitement détacher à la curette et au bistouri.

30 avril. — Premier pansement. Pas une goutte de pus.

Le 6 mai la malade sort de l'hôpital. On ne constate plus qu'un peu de rougeur vers le grand angle de l'œil, mais plus aucune tuméfaction, l'écoulement des larmes sur la joue quoique un peu moins abondant. La cicatrice qui est presque invisible est légèrement douloureuse à la pression.

Le 9 décembre 1902, nous voyons la malade. Plus de pus à la pression de la loge lacrymale, mais larmolement simple persistant ; persistance également de la douleur à la pression de la région sacculaire.

OBSERVATION IX

In thèse VADON

Ectasie du sac. — Guérison.

A..., François, quarante-six ans, cultivateur, entré le 2 mars dans la salle Saint-Charles n° 8, n'offre aucun renseignement important sur les antécédents héréditaires. La mère aurait été épileptique.

Le malade a eu une sciatique, à l'âge de vingt-cinq ans, qu'il garda deux ans ; à part cela, sa santé a toujours été excellente.

Deux ans et demi après le début de la cataracte, dont le malade est porteur, survint il y a trois ans sans cause appréciable un véritable phlegmon du sac lacrymal, à droite d'abord, puis à gauche. L'angle interne avait énormément gonflé, était devenu rouge et douloureux. Puis au bout de trois ou quatre jours l'abcès perça au dehors de chaque côté et les phénomènes aigus reparurent. Ils se reproduisaient peu de temps après

également des deux côtés, et il se fit une nouvelle évacuation de pus au dehors. Les abcès apparurent et disparurent sans qu'on en puisse trouver la raison : le malade était alors en excellente santé, et n'avait pas eu de maladies infectieuses antérieures. Il n'avait pas de larmolement, pas de conjonctivite, son nez était à son dire absolument sain et il n'a pas souvenance qu'il y ait eu alors concomitance avec un coryza quelconque. Il ne toussait pas et rien ne fait croire chez lui à des antécédents tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, depuis l'ouverture deux fois répétée de ces abcès, il persista un larmolement chronique, sans aucun phénomène aigu ; de plus il se formait constamment dans la journée une petite tumeur de chaque côté, au niveau du sac lacrymal, que le malade vidait par la pression quinze ou vingt fois par jour.

Chaque fois, il en sortait un liquide clair analogue aux larmes et parfois aussi, mais plus rarement, quelques débris purulents.

Les phénomènes en sont là depuis trois ans et aujourd'hui il n'y a absolument rien de changé, une petite tumeur lacrymale se forme et on la vide par la simple pression au niveau du sac. Il n'y a aucune lésion sur le nez et les os avoisinants, et la pression sur eux ne révèle aucune douleur.

La sonde de Bowman ne peut pénétrer dans les voies lacrymales ; à droite une injection pratiquée avec la seringue d'Anel ne passe pas davantage.

Outre ces phénomènes du côté du sac, le malade est porteur d'une cataracte nucléo-corticale complète de l'œil droit. Cette cataracte est blanc terne, elle paraît demi molle ; la sensation lumineuse semble intacte.

Le 46 mars 1896, anesthésie. M. Rollet fait une incision sur le sac lacrymal droit. Pendant la dissection du sac, ce dernier s'ouvre, il sort un liquide citrin ; on extirpe la poche par morcellement après avoir sectionné le tendon orbiculaire. Suture du tendon, puis suture de la peau à l'aide de deux fils métalliques.

Pansement.

19 mars. — Les fils sont enlevés, la plaie est en excellente voie de cicatrisation.

24 mars. — Le malade est guéri, réunion par première intention. Exeat.

20 avril. — M. Rollet pratique l'extraction de la cataracte.

30 avril. — Réunion parfaite du lambeau cornéen. Guérison normale.

6 juin. — Le malade nous écrit qu'il a une nouvelle poussée du côté de l'œil gauche non traité, mais il nous dit que l'œil droit opéré de la cataracte y voit parfaitement bien et n'est pas incommodé par le larmolement.

Le 17 décembre 1902, c'est-à-dire six ans après l'opération, nous demandons des nouvelles au malade qui nous écrit :

« En réponse à votre lettre, j'ai l'honneur de vous faire connaître que les résultats de l'opération ont été satisfaisants. L'œil droit n'a pleuré que très peu de temps et par conséquent la maladie n'est plus revenue ; mais j'ai à vous faire connaître que l'œil droit seulement ayant été opéré, dès que le temps le permettra je me propose de me présenter de nouveau à l'Hôtel-Dieu pour l'opération de l'œil gauche. »

OBSERVATION X

Mucocèle lacrymale. — Guérison.

C... Philomène, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse le 18 mai 1900, dont les antécédents personnels et héréditaires n'offrent rien à noter, porte depuis une dizaine d'années, une petite tumeur située au-dessous de l'angle interne de l'œil droit, près de la racine du nez.

L'affection débuta lentement ; petite au début, la tumeur grossit toujours et la pression faisait écouler un liquide assez clair par la narine droite. Il y a quatre ans, en même temps que l'abcès augmentait, le liquide que la pression faisait sourdre par la narine devint muco-purulent.

Il y a un an, grattage du sac fait à Romans.

A remarquer que jamais il n'y a eu d'écoulement à la pression dans le lac lacrymal, que l'écoulement s'est toujours fait par le nez et n'a jamais eu lieu spontanément. De plus la malade dit avoir remarqué l'influence du temps humide sur la plus grande quantité de liquide contenue dans la tumeur.

On tente dans le service le cathétérisme du conduit lacrymal. Le 22 mai 1900, opération par M. Rollet. Il s'écoule du sac un peu de sérosité avec du pus, grande cavité qui est extirpée par morcellement, mucus grisâtre, curetage du canal nasal. Pansement à plat.

25 mai. — La réunion des lèvres de la plaie est parfaite.

28 mai. — La malade s'en va avec une cicatrice linéaire. Pas d'écoulement à la pression.

Le sac envoyé au laboratoire du professeur Tripier revient avec la note suivante :

« Les coupes en travers de la petite poche nous ont montré une cavité tapissée par un épithélium cylindrique très haut et stratifié, analogue à celui des fosses nasales ou des voies respiratoires. »

Cependant cet épithélium n'est pas complètement au repos, car par place il est détaché, remplacé par une nappe de cellules rondes, volumineuses, placées sur plusieurs couches ; ailleurs, au contraire, on le voit devenir géant, c'est-à-dire formé par des cellules cylindriques, munies de longs prolongements protoplasmiques qui s'avancent vers le centre ; ailleurs enfin, on peut voir accoler à la surface de cet épithélium une couche de grosses cellules rondes qui semblent résulter de sa prolifération. Celles-ci sont maintenues en place par un réseau fibrineux et les plus internes sont même en dégénérescence granulo-graisseuse, ressemblant à de gros globules de pus.

Enfin, sur la paroi, en dehors du revêtement épithélial, on peut constater qu'il y a une très grande abondance de tissu conjonctif dense et, dans les interstices de celui-ci, sont des îlots ou des traînées de cellules embryonnaires. Si l'on y ajoute une vascularisation partout intense, il y a là les marques d'une

inflammation aiguë. Au surplus, nous voyons que les tissus qui forment cette poche sont tatoués de nombreux points noirs qui résultent probablement de topiques médicamenteux.

7 décembre 1902. — La malade nous écrit que l'œil a pleuré quelque peu pendant plusieurs mois après l'opération, maintenant « c'est fini ».

OBSERVATIONS XI et XII

Empyème des deux sacs lacrymaux.

C..., Ludovic, cultivateur, entre le 12 mars 1901 dans le service du Dr Rollet, pour une affection [du sac et des voies lacrymales, ayant débuté à l'œil gauche par un bouton rouge et douloureux. Presque en même temps apparut de l'autre côté une tumeur semblable, qui perça en donnant un peu de pus.

Peu à peu se sont installées les deux tumeurs, dont le malade est actuellement porteur.

Le malade n'en souffre nullement; il se plaint d'un peu de larmolement et c'est sur les conseils de son médecin qu'il vient se faire opérer de cette affection.

A son entrée à la salle Saint-Pothin, nous constatons : à gauche tumeur arrondie dépassant un peu l'angle interne en haut ayant une longueur d'environ 13 millimètres, un peu effilée à son extrémité inférieure et supérieure.

Dure et fluctuante, elle apparaît bilobée au doigt qui parcourt sa surface de haut en bas, bien que rien ne révèle à l'extérieur l'existence d'une dépression. Elle laisse, quand on la presse fortement, écouler un pus épais par le nez seulement.

A l'œil droit la tumeur existe beaucoup moins accusée, cependant du pus s'échappe des points lacrymaux à la pression.

14 mars 1901. — Opération par M. Rollet. Anesthésie à l'éther. On dissèque le sac qu'on extirpe dans sa totalité. Il s'agit d'un mucocèle avec liquide filant, mélangé de pus, sans lésion pré-lacrymale. Ceci aussi bien à droite qu'à gauche,

16 mars. — Quarante-huit heures après, le pansement est changé, les lignes d'incision sont encore sanglantes. Pas d'issue de sérosité ou de pus ; pas d'inflammation. Ce pansement a été fait un peu tôt, à cause des phénomènes d'excitation qu'a présentés le malade la nuit dernière. Ce matin il est calme.

22 mars. — Guérison à droite. A gauche formation d'un petit abcès qu'on incise.

25 mars. — L'abcès qui s'était formé se collecte encore mais donne moins de pus ; en pressant on donne issue à du pus par les points lacrymaux, il y a donc communication :

1° De l'abcès avec l'extérieur par l'incision ;

2° De l'abcès avec la fossette du sac ;

3° De la fossette avec le canalicule et le lac lacrymal.

On traite le malade par des instillations de bleu de méthyle dans la plaie et dans l'œil.

30 mars. — Plus rien à droite, pas de larmolement. A gauche un peu de pus ce matin. Le malade s'en va. Il nous écrit dix-neuf mois après, à la date du 8 décembre 1902 :

« C'est avec plaisir que je réponds à votre lettre. L'opération qui m'a été faite à l'hôpital le 14 mars 1900 a très bien réussi, la maladie n'est plus revenue, mes yeux ne pleurent pas quand je suis posé, mais s'il fait du vent cela me les fait pleurer ; ils ne me font pas mal, ils vont aussi bien l'un que l'autre, et je suis très content de cette opération, que je conseille à tous ceux qui souffrent de cette infirmité.

Veillez...

OBSERVATION XIII

Empyème du sac.

La malade D..., Marguerite, âgée de trente ans, entre le 25 mars 1900, salle Sainte-Catherine.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Abcès froid ancien au cou. Scrofule.

Jamais rien aux yeux avant l'affection actuelle. Celle-ci a débuté il y a un an. C'était au début une simple tumeur à l'angle interne de l'œil gauche ; cette tumeur grossissait peu à peu et se vidait par le nez à la pression. Cela dura six mois environ ; puis l'écoulement à la pression cessa et le reflux se fit par les points lacrymaux. La tumeur depuis ces six derniers mois a grossi et se trouve actuellement tout entière au-dessus du tendon de l'orbiculaire. A la pression, il sort du pus le plus habituellement ; mais lorsque sous une influence quelconque, surtout le froid, il se produit une hypersécrétion des larmes ; on a une issue de liquide presque aussi clair que de l'eau.

En somme, dacryocystite à canal fermé en bas, ouvert en haut.

27 mars. — M. Rollet fait l'ablation du sac.

1^{er} avril 1900. — Au premier pansement, la réunion n'est pas encore faite.

Les renseignements manquent depuis.

Nous écrivons à la malade qui nous répond à la date du 12 décembre 1902 : « Cinq mois après l'opération, il s'est reformé une poche moins grosse que lorsque vous m'avez opérée. Je fais sortir le pus par l'œil ; mais malgré cela, je me trouve bien mieux qu'avant l'opération. »

OBSERVATION XIV

*Tumeur lacrymale des deux côtés ; supratendineuse à droite.
Fistule lacrymale à droite et à gauche.*

Le nommé J..., Nicaise, entre le 24 novembre 1904 à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Rollet. Il y a six ans que ses yeux pleurent à la moindre irritation provenant de la profession de maçon du malade ou du froid.

Il y a un mois environ, il vit, sur l'angle interne de l'œil droit, une petite tumeur qui s'ouvrit à l'extérieur, quand elle eut atteint le volume d'un noyau de cerise.

Interrogé sur ses antécédents, le malade nous dit avoir souffert de la même affection, il y a deux ans environ, mais à droite seulement, la tumeur s'était ouverte deux fois, puis tout était rentré dans l'ordre. Actuellement, nous constatons à gauche, sur toute la surface de la peau de la région du sac, une plaque rougeâtre, lisse, d'aspect cicatriciel et légèrement soulevé.

La pression inonde la caroncule de pus. A droite, ici au-dessus de l'angle interne, au-dessus du tendon de l'orbiculaire, tumeur de la grosseur d'un gros noyau de cerise, portant à son centre une ouverture, comblée par une croûte. On en fait sourdre du pus et des larmes.

23 mars 1901. — Opération. On tombe sur un tissu œdématié, infiltré de pus, fortement vascularisé. Hémorragie abondante, ne permettant pas de voir nettement le sac pour le disséquer. Il est détruit par morcellement.

Même état des tissus et marche identique de l'opération à droite et à gauche. Pansement compressif sans suture.

29 novembre. — Cicatrisation très avancée au premier pansement.

2 décembre. — Larmolement persistant, cicatrisation presque complète de la plaie. Les tissus environnants sont régénérés.

5 décembre. — Le malade s'en va. A droite plus de tumeur, plus de rougeur ; légère cicatrice. Rien ne sort à la pression du sac lacrymal. A gauche même état. Le larmolement est insignifiant, il augmente lorsque le malade s'expose au froid.

17 décembre. — Le malade revient nous voir complètement guéri.

31 décembre. — Nous écrivons au malade de revenir ; il se plaint de larmolement léger, insignifiant à droite ; la pression au niveau des sacs lacrymaux ne fait rien sourdre.

12 décembre 1902. — Le malade revient nous voir. Il se plaint du larmolement que lui donne le froid auquel sa profession de maçon l'oblige de travailler. Pendant une heure qu'il reste en notre présence il ne s'essuie pas une seule fois les yeux. Il dit du reste qu'à l'intérieur des appartements ce larmolement s'arrête.

§ III. — DACRYOCYSTITE PHLEGMONEUSE. — EMPYÈME
— AIGU. — PÉRICYSTITE LACRYMALE. — PÉRIDACRYOCYSTITE.

Il arrive fréquemment que la dacryocystite chronique, après une série de périodes subaiguës suivies chacune d'une accalmie, ou même quelquefois des la première poussée inflammatoire, prend une allure bruyante. Les tissus environnants participent à l'inflammation du sac, s'infiltrent. Les signes classiques du phlegmon gagnent toute la région de l'angle interne, la douleur se fait sentir très loin dans l'orbite, comme chez la malade de notre observation 15.

Les paupières elles-mêmes participent à l'inflammation et le malade s'offre à nous dans l'état où nous voyons la malade dont nous reproduisons la photographie.

Ce n'est pas là la tumeur prélacrymale telle que l'entend M. Rollet, inflammation du tissu cellulaire pré sacculaire, le sac peut rester relativement sain lui-même, tumeur que nous décrirons plus loin, ni la fistulisation du sac dans le tissu cellulaire présacculaire : il s'agit de la dacryocystite phlegmoneuse ou tout participe également, sac et tissus environnants. C'est la péricystite de certains auteurs, appellation insuffisante et vague, n'indiquant pas suffisamment l'allure de l'affection à laquelle le sac participe autant que le tissu circonvoisin et dont il est le principe et la cause. Il est évident que dans des cas pareils, devant l'œdème et l'infiltration de toute la

région, une dissection méthodique du sac sera bien difficile.

La muqueuse est infiltrée dans toute son épaisseur, elle se déchirera en lambeaux, *le tissu fibreux* lui-même atteint par l'inflammation *n'offrira pas de plan de clivage*. Le sac ne pourra sortir que par morcellement.

Un grand inconvénient demeurera toujours devant le risque d'une récidive *in situ* dans les tissus contaminés et pouvant receler des colonies microbiennes virulentes après l'intervention.

M. Rollet joint à l'extirpation du sac un curettage à la curette tranchante de la cavité et des tissus incisés ; là encore il repousse toute thermocautérisation, il renonce au drainage et il n'a pas à craindre qu'une cicatrisation trop rapide enferme une suppuration sous des tissus sains.

En effet, les lèvres de la plaie situées en plein tissu enflammé demandent plus longtemps à se cicatriser et le drainage se fait naturellement.

Quelquefois même, la cicatrisation a été aussi rapide que dans les cas ordinaires ; c'est ce qui s'est passé dans les deux derniers cas que nous rapportons de résultats éloignés. Le cas de récidive que nous rapportons (observation XV) concerne une jeune fille entachée de scrofules, où une intervention nouvelle tous les jours plus urgente, permettra peut-être de découvrir un point d'ostéite, peut-être primitive à la suppuration du sac.

Nous aurions pu joindre aux quatre observations de résultats éloignés que nous donnons l'observa-

tion XXVI, que nous rapportons plus loin en parlant des dacryocystites tuberculeuses, mais il nous a semblé que dans ce cas comme dans ceux que nous relatons au même paragraphe la tuberculose venait ajouter un élément de plus et que si l'affection avait un caractère plus fâcheux de par le phlegmon, la présence du bacille de Koch aggravait encore le cas et rendait le pronostic plus sombre.

Si dans ce cas particulier, M. Rollet a cru devoir appliquer le thermo-cautère et le drain, c'était seulement à la paupière infiltrée par l'inflammation à staphylocoques et à bacilles de Koch. Le sac a été enlevé sans cautérisation consécutive. Mais habituellement M. Rollet se contente d'un curettage attentif et minutieux de tout le canal nasal tel que le pratique et le recommande le professeur Fuchs.

OBSERVATION XV

Dacryocystite phlegmoneuse et fongueuse.

La nommée A..., Adrienne, quatorze ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, le 23 juillet 1900.

On ne trouve pas d'antécédents bacillaires chez cette malade, elle habite la campagne dans de bonnes conditions hygiéniques.

Les seuls antécédents que l'on puisse trouver sont peut-être ceux de la mère qui, dit l'enfant, tousse souvent.

A son entrée, nous constatons : à droite, à l'angle interne de l'œil gauche, grosse tuméfaction d'un rouge vineux soulevée par du pus et prête à se rompre. Cette tuméfaction commence au tendon de l'orbiculaire, s'étend en bas et un peu en dehors

en une légère courbe et a le volume d'une petite amande. Quand on la presse, il ne sort point de pus par le point lacrymal.

A gauche toute petite tumeur lacrymale au-dessous de l'orbiculaire. Peau intacte, on presse avec le doigt sur la tumeur et la caroncule se remplit d'un liquide muco-purulent.



Le 24 juillet, sous anesthésie, M. Rollet fait une incision de la grosse tumefaction de droite; il s'écoule un peu de pus. Cathétérisme à gauche.

28 juillet. — L'état n'étant pas satisfaisant on fait une anesthésie au chlorure d'éthyle, ablation à la curette de fongosites

semblant nettement tuberculeuses ; le sac est ouvert, on l'extirpe à la curette par morcellement et on gratte le canal nasal.

30 juillet. — Premier pansement. La brèche qui était ouverte est en partie fermée.

7 août. — Fistule persiste ; bords rougeâtres.

Voici le résultat des divers examens bactériologiques et histologiques du pus, des fongosités et de la muqueuse du sac, qui furent faits.

Pus de la tumeur lacrymale gauche. — Le pus de cette tumeur montrait à l'examen direct presque uniquement des diplocoques prenant le Gram, parfois présentant une capsule.

La culture en bouillon a donné surtout des diplocoques parfois lancéolés et ayant une belle capsule.

Les cultures en milieux solides n'ont pas prouvé qu'il s'agissait réellement de pneumocoques, car les quelques staphylocoques mélangés ont fini par tout envahir.

Pus de l'abcès chaud prélacrymal de droite. — A montré à l'examen direct surtout des diplocoques encapsulés analogues à ceux de l'autre pipette. Les cultures, par contre, ont donné une flore microbienne variée, staphylocoques, streptocoques, gros diplocoques, quelques bacilles coliformes.

En résumé, d'après cet examen et ces cultures, il semble qu'il s'agit bien surtout de pneumocoques et de staphylocoques. Cet examen et le suivant sont signés de M. P. Courmont, agrégé à la Faculté.

Les fongosités sacculaires ont été inoculées à un cobaye qui est mort en trois jours, en présentant une hypertrophie du foie, de la rate et une hépatisation rouge de toute la base d'un poumon, analogue à une pneumonie chez l'homme. C'est probablement le pneumocoque trouvé à l'examen du pus qui a donné ces lésions. L'état du cadavre était trop avancé pour qu'on pût faire d'autres recherches sur ce cobaye.

Le sac lacrymal dont un lambeau est envoyé au laboratoire d'anatomo-pathologie donne les renseignements suivants :

La muqueuse du sac semble avoir complètement disparu ; elle

est remplacée par une lamelle de tissu conjonctif en lames superposées.

Le 2 septembre 1900, la malade rentre avec une tumeur rougeâtre, siégeant à l'angle inféro-interne de l'orbite droit.

22 septembre. — Large curettage de la région sacculaire.

Le 3 octobre. — Tissu cicatriciel rosé.

12 décembre 1902. — La malade se présente à la consultation gratuite ; la pression de l'angle interne droit fait sourdre une goutte de pus à la caroncule. Les larmes sont cependant rares. L'œil gauche non opéré est larmoyant.

OBSERVATION XVI

Dacryocystite phlegmoneuse. — Guérison absolue.

G..., Jeanne, onze ans, vient faire un premier séjour dans le service de la Croix-Rousse, le 7 juillet 1889.

Il y a deux ans que son œil pleure.

A son entrée on incise sous anesthésie le sac ectasié, on cautérise au thermo-cautère.

On ne réussit pas à passer la sonde de Bouwman bien que les injections passent quelquefois.

La malade s'en va améliorée, mais le sac suppure toujours. Elle revient régulièrement deux fois par semaine pendant six mois se faire des cathétérismes et des injections du canal nasal. Amélioration nulle. Elle rentre dans le service le 22 février 1900 avec un phlegmon de toute la région lacrymale tel que nous le montre la photographie que nous reproduisons.

Elle se plaint d'avoir des douleurs irradiées dans l'orbite. Le 3 mars M. Rollet incise sur la région du sac et extirpe ce dernier. Curettage minutieux du canal nasal. Pansement à plat sans suture.

Le 5 mars, réunion des lèvres cruintées de la plaie.

La malade s'en va dans les jours suivants, nous la voyons le



BÉRARD.

1^{er} juin ; « guérison parfaite », inscrivons-nous, sans commentaires.

Nous recherchons la malade dans le courant du mois de



décembre 1902. Pas le moindre larmoiement, on ne saurait dire le côté incisé, on pourra en juger par sa photographie que nous prenons.

OBSERVATION XVII

Péridacryocystite. Fistule lacrymale. — Guérison.

S..., Eléonore, âgée de trente-trois ans, vient le 29 avril 1901 à l'hôpital de la Croix-Rousse porteur à l'angle interne de l'œil gauche, depuis trois mois environ, d'une tumeur. Les larmes coulent sur la joue, la malade raconte qu'il s'est formé par deux fois toujours à même niveau, une tumeur de la grosseur d'une noisette à grand axe dirigé de haut en bas et de dedans en dehors.

Cette tumeur pressée donnait issue à du pus dans l'angle interne de l'œil, puis elle s'est ouverte à l'extérieur, directement dans la partie la plus déclive.

Aujourd'hui, on voit encore cette tumeur qui se vide bien en haut lorsqu'on la presse. Le point lacrymal inférieur donne issue à du pus blanc, épais.

La malade a en même temps un peu de conjonctivite palpébrale.

29 avril. — Opération par M. Rollet. Incision qui conduit sur une poche purulente qui est facilement reconnue pour une nappe présacculaire. On voit très bien l'aponévrose fendue et les fibres aponévrotiques qui se détachent du tendon de l'orbiculaire former une petite tente à la partie supérieure de l'incision. Immédiatement dans la plaie on voit un sac gros, très ectasié. On cathétérise facilement une fistulette qui fait communiquer le sac avec la tumeur prélacrymale. On extirpe le sac facilement.

3 mai. — Cicatrisation complète.

Examen bactériologique fait au laboratoire du professeur Arloing a montré en culture en bouillon et sur agar streptococcus purs en très belles chaînettes gardant le Gram.

Le 16 décembre 1902. — La malade se présente à la consultation gratuite, elle se déclare complètement guérie, son œil opéré aurait pleuré pendant quelques mois, mais il n'a jamais suppuré depuis l'opération. La guérison est complète aujourd'hui, au vent et au froid, pas de larmoiement.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance du D^r ROLLET).

Péridacryocystite. — Guérison.

B... X..., soixante-quatre ans, présente depuis cinq mois un écoulement muco-purulent, quand le Dr Rollet est appelé auprès de lui le 15 février 1897. Le 21 février, un chirurgien lyonnais avait incisé les conduits lacrymaux.

Du 23 au 29 janvier, quatre sondages n'avaient pas donné d'amélioration.

15 février. — On constate une rougeur phlegmoneuse de toute la région allant jusqu'au cou.

24 février. — Extirpation du sac par M. Rollet. Hémorragie assez abondante. Curettage du canal nasal. Pansement.

28 février. — Plaie réunie, petite cavité ; on avait fait depuis l'opération des pansements à plat quotidiens.

Pendant le mois de novembre 1902, nous recherchons le malade ; nous apprenons son décès survenu en novembre 1899. Pendant les deux années et demie qu'il a vécu après son opération, il n'a pas eu de récurrence. Il n'avait jamais plus présenté de larmoiement. Sa famille à laquelle il parlait souvent de la satisfaction que lui avait procuré cette opération, nous dit qu'il comptait se faire opérer d'une cataracte quand il mourut subitement à la suite d'une attaque d'apoplexie.

§ IV. — FISTULE LACRYMALE

Il peut arriver que la dacryocystite chronique, subaiguë ou phlegmoneuse dont nous venons de parler se complique de fistules, c'est souvent la terminaison de toute suppuration ancienne. On a vu de ces fistules

guérir, surtout quand il s'agit de tumeur prélacrymale ulcérée (Rollet).

Nous citons une observation où le malade, porteur d'une fistule, ne la présentait plus à son entrée à l'hôpital, mais cela est rare et le plus souvent la fistule ne se ferme plus.

Dans ces cas il faut aussi pratiquer l'ablation du sac suivie d'un pansement à plat; jamais de fils, car la peau infiltrée se laisse couper par les fils.

Quand les bords de la fistule sont trop déchiquetés, infiltrés, mortifiés par une longue suppuration, on avive les bords de la plaie aux ciseaux.

Nous citons cinq observations de résultats éloignés après une pareille conduite. Tous sont satisfaisants : dans aucun la fistule n'a demeuré et si l'observation XXIII nous montre un larmolement qui a continué au point de nécessiter une extirpation de la glande lacrymale orbitaire, peut-être faut-il incriminer un débris du sac laissé dans la plaie à cause de son morcellement et de sa friabilité extrême au moment de l'extirpation. Nous avons d'ailleurs affaire à une femme excessivement nerveuse, état bien propre à produire un larmolement continu. Mais dans ces cas de fistule externe, l'ablation du sac, son extirpation comme moyen de destruction sont les cas qui ont réuni le plus de partisans; le professeur viennois Fuchs dit :

« Ce serait une erreur de vouloir amener la fistule à se cicatriser aussitôt. En effet, on ne [doit pas oublier que la dacryocystite a été précédée d'une blennorrhée du sac lacrymla, ce qui indique l'exis-

tence d'un rétrécissement du canal. » Il conclut à la destruction du sac.

Jugeant ensuite les différentes méthodes pour détruire le sac, il dit: « Si on se propose de l'extirper, on dissèque la muqueuse dans toute l'étendue. » Son procédé se rapproche de celui de M. Rollet, toutefois il met des fils. La guérison pourra se faire par première intention. « Au contraire, quand on opère la destruction du sac par les caustiques, le traitement dure plusieurs semaines avant que la cavité soit entièrement fermée. Une condition indispensable de réussite est que la muqueuse soit entièrement détruite ou enlevée. Or, quelle méthode exposera le plus à laisser de la muqueuse en place d'une dissection méthodique ou d'une cautérisation aveugle dans une cavité où, après une première application du thermo-cautère, on ne verra plus que des tissus carbonisés où il sera impossible de distinguer si la muqueuse existe encore. » On ne craindra pas de traiter par l'extirpation même les fistulettes, qui pour M. Delens « résistent au traitement avec une persistance désespérante ».

En effet, dans ces fistules sans réaction inflammatoire venant compliquer des dacryocystites, où la peau a été peu ulcérée, il sera facile d'obtenir une réunion par première intention, une de nos observations en est un exemple.

M. Terson, fort satisfait du résultat d'extirpation du sac dans les cas de fistules, dit que l'extirpation aussi parfaite que possible constitue en dernière analyse seule ou unie à la cautérisation la vraie cure radicale des fistules lacrymales.

Nous ne citerons que pour mémoire les cas présentés comme le dernier stade de la dacryocystite après la fistule cutanée. Nous voulons dire la carie ou la nécrose des os sur lesquels reposent le sac.

Nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer des cas bien typiques de cette affection. Notre maître M. Rollet y voit une cause de la dacryocystite et non un effet.

Il s'agit là pour lui de tuberculose ou de syphilis primitive des os qui amènent ou entretiennent le catarrhe ou la fistule. Il n'a jamais eu l'occasion d'en traiter.

OBSERVATION XIX

Mucocèle du sac. — Fistule lacrymale. — Guérison.

G..., Jean-François, entre le 14 avril 1902, salle Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du D^r Rollet.

Il est âgé de cinquante-trois ans et n'a jamais été malade. Il y a deux ans environ, un petit bouton se montra vers l'angle interne de l'œil gauche ; les choses restèrent en cet état pendant quatre mois. En ce moment-là, le malade fit percer la petite tumeur par un médecin, mais l'œil ne pleurait pas, raconte-t-il, à moins qu'il fût exposé à un air trop vif.

Dès que le coup de bistouri fut donné, l'ouverture faite commença à laisser couler du pus et des sérosités. Le malade dit nettement que la pression sur la tumeur n'arrivait pas à la vider par le nez mais toujours par l'œil ou par la fistule.

Cela dura dix-huit mois.

Le malade se décide alors à l'extirpation du sac.

Le dernier examen fait avant l'opération nous montre à l'angle interne de l'œil gauche une tumeur de la grosseur d'une

petite cerise, la peau en est violacée et amincie, une fistule située vers son tiers inférieur laisse couler une goutte de mucus opalescent. La pression sur la tumeur la fait vider en partie dans l'œil et en partie par cette fistule. Il est exact que rien ne passe par le nez.

Le 16 avril, M. Rollet opère ; on tombe sur un sac friable qu'on ne peut enlever que par morcellement. Du pus s'écoule pendant l'opération. Pansement à plat sans suture ni drain.

20 avril. — Le malade s'en va le quatrième jour ; il n'y a plus de pus ; la pression ne fait plus rien sourdre, la plaie est à peu près cicatrisée.

Nous revoyons le malade le 18 décembre 1902 ; pas de pus, pas de larmolement, le malade est très content, il n'y a pas traces d'opération.

OBSERVATION XX

Fistule lacrymale. — Guérison.

G..., Marie, onze ans, bien portante par ailleurs, entre à la salle Sainte-Catherine, le 11 avril 1904, porteur d'une fistule lacrymale. L'affection aurait débuté au mois de juillet dernier, l'œil a rougi, puis elle a eu un demi-cercle violet sous l'œil. Peu à peu en dessous de l'œil se forme une grosseur du volume d'une noix, qui a donné issue à du pus par une fistule rapidement formée.

A ce moment-là, un médecin fait nettoyer les fosses nasales de l'enfant à la glycérine et tout rentre dans l'ordre.

A son entrée à l'hôpital, les narines sont encombrées de croûtes impétigineuses, on fait des vaporisations sulfureuses et les croûtes cèdent peu à peu.

A l'angle interne de l'œil gauche, on voit une petite fistulette donnant issue à un liquide muco-purulent lorsqu'on presse aux alentours. La peau est rouge à ce niveau et la rougeur va en s'atténuant sur la joue. Pas de tumeur vraie.

L'œil du même côté pleurait, les larmes coulaient sur la joue mais la malade était surtout gênée par sa rhinite. M. Rollet pratique le 24 avril 1901 une extirpation du sac lacrymal, pansement à plat après l'opération.

Le 7 mai, la fistule est à peu près cicatrisée, cependant il persiste un petit cul-de-poule.

Le 15 mai, sortie.

Ayant soupçonné la nature tuberculeuse de cette dacryocystite consécutive à la rhinite, nous avons fait envoyer le sac au laboratoire de bactériologie, voici la réponse :

Un cobaye a été inoculé le 27 avril, il est mort le 10 mai.

A l'autopsie, rate grosse sans tubercule visible. Foie gros. Ganglions lombaires un peu durs.

Tissus lardacés au point d'inoculation. On ne trouve pas de bacille de Koch dans les frottis.

La malade à laquelle nous demandons de ses nouvelles nous répond à la date du 14 décembre 1902, que sa plaie est parfaitement guérie, que sa maladie n'est plus revenue, mais que son œil pleure encore un peu au froid « excepté quand elle se purge », alors tout rentre dans l'ordre. Cette exception nous montre que le larmolement ne doit pas être très intense.

OBSERVATION XXI

Empyème du sac. — Fistule. — Opérations antérieures Guérison.

Veuve M..., Pierrette, cinquante-huit ans, n'a pas d'antécédents héréditaires remarquables. Elle entre le 10 juin 1901.

Dans son enfance, le Dr Gensoul l'avait opérée à la région lacrymale gauche, pour une dacryocystite sans rétention, l'œil pleurait, la malade se souvient parfaitement que le canal

lacrymal était bouché. Il reste une petite cicatrice qui subsiste encore à l'heure actuelle.

Vers l'âge de quinze ans, elle eut une petite tumeur, à l'angle interne de l'œil. Cette tumeur n'a fait que s'accroître depuis, mais très peu rapidement. Si bien qu'à l'âge de cinquante-huit ans, la tumeur n'avait que le volume d'une petite noisette.

Sous l'influence du froid, l'œil pleurait, la région devenait rouge, puis tout rentrait dans l'ordre.

Lorsqu'on pressait la petite poche, elle se vidait dans l'œil en eau très claire, jamais de pus, si ce n'est au moment des poussées aiguës. La malade n'aimait pas vider la tumeur car l'œil devenait immédiatement sec, il y avait comme une aspiration rapide des larmes par le sac.

Depuis le mois de février, la malade prend de l'iodure de potassium, et attribue à ce médicament le gonflement de la tumeur, il s'est formé une fistulette à côté de la cicatrice ancienne, de cette fistulette sortent, de façon intermittente, quelques larmes.

Depuis trois semaines, la tumeur s'est accrue brusquement et à son entrée à l'hôpital, la malade porte une tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon. Cette tumeur refoule l'œil au dire de la malade, en fait elle soulève un peu la portion interne de la paupière inférieure, toute la région soulevée par la tumeur est tuméfiée, rouge et enflammée, la peau est distendue à ce niveau.

13 juin. — Opération par M. Rollet.

Incision de 1 cent. 1/2 environ, nécessitée par le volume de la tumeur. Après dissection du plan cellulaire sous jacent, apparaît une tumeur gris rougeâtre, élastique, on essaie de l'enlever, elle se rompt, on recueille un liquide séreux, sans pus, mélangé de sang.

On cherche à enlever la paroi en totalité, mais à un moment on a une issue brusque de liquide purulent qui existait certainement dans une poche distincte du sac. Extirpation du sac.

Pansement à plat.

4 juin. — Tout est fini depuis longtemps et la cicatrisation est complète, La tumeur a complètement disparu.

La malade est bien guérie.

Dans les liquides recueillis au cours de la première partie de l'opération, on n'a pu découvrir aucun microbe.

Les ballons sont stériles au bout de deux jours.

18 décembre 1902. — La malade que nous envoyons chez elle est enchantée, elle ne pleure plus, son œil est parfaitement sain et sec. Elle dit que certaines personnes lui font la remarque que son œil opéré est plus gros que l'autre. Notre attention attirée là-dessus, nous convenons que cela est exact et nous nous l'expliquons en voyant les téguments recouvrant le champ opératoire refoulés pour combler la loge vacculaire, ce qui rend l'angle interne plus profond et l'œil en apparence plus saillant, M. Valude avait déjà fait cette remarque dans ses opérés.

OBSERVATION XXII

In thèse VADON.

Dacryocystite de l'enfance. — Fistule. — Guérison.

M..., Cécile, vingt-huit ans, ménagère, entre le 11 mars 1896 dans la salle Sainte-Claire, lit numéro 2.

Rien dans les antécédents pathologiques héréditaires ; comme antécédents personnels, anémie de treize à dix-huit ans, réglée régulièrement, peu abondamment, deux enfants dont un mort à neuf mois, de maladie aiguë, pas de fausses couches, pas de traces de syphilis, pas de rhumatismes.

La malade fait remonter à l'âge de trois mois un larmolement chronique localisé à l'œil droit et qui ne l'aurait jamais quittée depuis, avec des intermittences de mieux ou de pire.

A l'âge de neuf ans, abcès dont l'ouverture se fit spontanément au dehors et mit environ un mois pour se cicatriser.

Il y a un mois et demi, nouvelle poussée aiguë, formation d'un abcès qui crève de nouveau, les phénomènes aigus s'amendèrent peu à peu mais sans cicatrisation ni ouverture. Actuellement la plaie de l'angle interne présente un aspect normal,

mais à 2 ou 3 millimètres au-dessous du tendon de l'orbiculaire, on constate un tout petit pertuis qui laisse sourdre un mucus blanchâtre. En pressant sur le sac, le suintement augmente, et il s'échappe par les points lacrymaux une certaine quantité de muco-pus.

On ne note rien de spécial du côté du nez. Les os sont sains. La respiration se fait facilement.

La vue est bonne à droite.

26 mars. — Opération par M. Rollet. Anesthésie. Incision de la région du sac par une ligne courbe d'environ 15 millimètres passant par le pertuis de la fistulette. Dissection de la fistule qui amène le bistouri sur le sac qu'on dissèque aussi méthodiquement que possible.

Excision brusque et rapide au niveau du canal nasal. Léger ébarbement des bords de la peau, un peu déchiquetés à cause du pertuis. Pas de sutures à cause d'un peu de pus tombé dans la plaie, mèche de gaz iodoformée, pansement légèrement compressif.

Sortie de la malade. Fistulette complètement fermée.

14 décembre 1902. — La malade nous écrit que sa cicatrice est peu apparente, que son œil ne pleure pas, si ce n'est lorsqu'elle s'expose au vent ou à un froid vif, elle est satisfaite.

OBSERVATION XXIII

Mucocèle du sac lacrymal. — Fistule. — Guérison avec léger larmolement.

La nommée B..., Catherine, âgée de cinquante-deux ans, entre salle Sainte-Catherine le 17 décembre 1900.

Pas de maladie antérieure.

Depuis un mois, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur à l'œil droit (angle interne) pour laquelle elle vient consulter.

Auparavant, depuis un an environ, la malade s'aperçoit

d'une tumeur semblable à l'angle interne de l'œil gauche, mais elle y prit moins garde, car il suffisait de presser pour faire couler par le nez trois au quatre gouttes de pus; rien ne refluaît par l'œil.

Puis vient la tumeur pour laquelle elle se présente, c'est une tumeur rouge, très volumineuse, ayant provoqué un œdème palpébral de voisinage.

Cette tumeur grossit et s'ouvrit à l'extérieur; depuis elle se vide et se remplit alternativement.

Actuellement, il sort du pus par les points lacrymaux lorsqu'on presse par la fistule, rien ne passe par le nez.

En somme, il est difficile de dire: tumeur par rétention (empyème du sac) ou périssacculite, ou bien encore les deux superposées.

20 décembre. — Anesthésie, on incise suivant la règle ordinaire. L'aponévrose incisée, on aperçoit dans le tendon de l'orbiculaire une petite masse bleuâtre. C'est le sac que l'on incise; mucus filant, noirâtre (on avait fait une injection au protargol la veille).

Extirpation du sac, pansement à plat, une portion du sac est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique, voici la réponse faite:

« Sur toutes les coupes on trouve sur un bord un épithélium cylindrique stratifié du type respiratoire et sur le bord opposé des sections en travers des fibres, un muscle strié; cet épithélium stratifié ne présente pour son propre compte aucune trace d'inflammation, ces strates sont certainement un peu plus nombreuses que d'habitude, mais immédiatement à sa face profonde, on ne trouve pas de cellules embryonnaires plus abondantes qu'ailleurs.

« Au surplus, les cellules de cet épithélium, sauf sa couche profonde de cellules polymorphes, génératrices, présentent dans ses strates les plus superficielles des cellules toutes très hautes et cylindriques. En somme nulle part elles ne retournent à l'état rond, première modification inflammatoire. Immédiatement sous cette ligne se voit sur toutes les coupes une hémorragie

interstitielle très diffuse, puis commence un tissu d'inflammation chronique constitué par des infiltrations distinctes de petites cellules rondes, entenaillées, peu étendues à travers un tissu conjonctif assez dense. Ce tissu ainsi constitué s'étend jusqu'au bord qui comporte les coupes en travers du muscle strié dont les fibres sont d'ailleurs disséminées par ce même tissu. »

22 décembre. — Réunion immédiate; pas de suture, pas de drainage.

La pression n'amène pas l'issue du pus.

31 décembre. — La malade sort, pas de cicatrice.

2 mars. — La malade revient dans le service à cause de l'écoulement constant des larmes.

La pression sur le sac antérieurement opéré ne fait rendre aucune goutte de pus, ni de liquide par les points lacrymaux.

Écoulement et larmes claires, aseptiques ne déterminant aucune inflammation sur les joues, mais gênant la malade en raison même de l'écoulement.

Opération. — Extirpation de la glande lacrymale ordinaire. Le bistouri ayant ouvert l'aponévrose, la glande fait hernie, on la sectionne le plus loin possible.

4 mars. — Premier pansement: ecchymose palpébrale; deuxième pansement: ecchymose palpébrale supérieure conjonctivale inféro-externe, ablation des fils, réunion parfaite.

21 mars. — Ecchymose diminuée, autour de la cornée l'ecchymose conjonctivale est encore considérable; l'œil pleure bien qu'il ait une légère amélioration.

La malade se représente le 24 juillet, il est impossible d'indiquer le côté opéré, plus de larmoiement, qu'une larme bien rare.

2 décembre 1901. — La malade revient, c'est une femme nerveuse, elle prétend toujours larmoyer à l'observation, on ne voit pas de larmoiement qui se montre quand on interroge la malade, et qu'elle s'en plaint. Pas de pus à la pression de la loge lacrymale.

10 décembre 1902. — Nous cherchons la malade. Elle a dis-

paru de son domicile. On me dit qu'elle serait morte, sans pouvoir me l'assurer.

Les voisins et amis me disent que ses yeux ne pleuraient plus depuis longtemps.

V. — DACRYOCYSTITE TUBERCULEUSE

Ce n'est pas le lieu et il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de discuter comment se fait le diagnostic de la dacryocystite tuberculeuse, l'existence de cette affection a été démontrée de façon à devenir classique par le professeur Haab de Zurich. Jaulin en 1894, fait un important travail là dessus. En 1899. Rollet fait une communication à la Société française d'ophtalmologie, dans laquelle il cite l'observation de Pauline M., que nous reproduirons « in extenso ». L'appuyant sur son expérience il dit que la tuberculose du sac lacrymal ne doit pas être si rare que ce travail de Jaulin veut bien le dire, cet auteur ne signalant que des observations étrangères.

« Je la considère comme un empyème chronique lacrymal, avec un signe de haute valeur, une adéno-pathie de voisinage, le seul signe qui nous permette de soupçonner la nature tuberculeuse d'une dacryocystite fongueuse. » Le docteur Rollet ajoute en terminant : « Nous ne saurions trop insister pour préconiser en présence de la tumeur blanche lacrymale, l'extirpation totale du sac. Il s'agit de la tuberculose, aussi ne doit-on pas après incision pratiquer un simple curetage ou une thermo-cautérisation.

« La dissection de poche à contenu microbien constitue une opération radicale, c'est une simulation du kyste avec fongosités à l'intérieur qui est suivie d'une réunion immédiate. »

En 1900, élargissant le cadre de cette communication, M. Rollet inspire la thèse de F. Vincent qui étudie le diagnostic de la tuberculose du sac et conclut à sa fréquence chez les enfants et les adolescents malgré l'absence d'observation française à ce sujet.

OBSERVATION XXIV

Tuberculose du sac lacrymal. — Guérison.

Communication faite à la Société française d'ophtalmologie, mai 1908,
par M. le D^r ROLLET.

Pauline M..., âgée de quatorze ans, entrée le 1^{er} décembre 1898 à l'hôpital de la Croix-Rousse. Pas d'antécédents héréditaires. A six ans et demi, elle a été soignée pour des lésions osseuses du pied, des adénites suppurées du cou et des gommes cutanées dont on voit encore les cicatrices.

Il y a deux mois environ, on s'aperçut d'une tumeur à l'angle inféro-interne de l'œil droit, s'accompagnant de larmolement; à l'examen de la malade, on porte le diagnostic d'empyème chronique du sac lacrymal à canal fermé, c'est en effet la tumeur lacrymale classique fluctuante, à peine sensible à la pression, avec peau rosée peu adhérente, le cathétérisme est impossible. Rien à la conjonctive ni aux fosses nasales, à droite, petits ganglions, indolents préauriculaires, sous-maxillaires, carotidiens.

Après anesthésie à l'éther, le 14 décembre, extirpation du sac par M. Rollet avec dissection minutieuse. Le sac, enlevé, est ouvert, il ne contient pas de pus, mais seulement des fongosités.

Soupçonnant la nature tuberculeuse de l'affection, je thermo-cautérise le canal nasal et la cavité de la plaie, en respectant la peau. Réunion par deux fils de fer et petite mèche de gaze salolée.

Pansement. Ablation des fils le quatrième jour. Pas de pus.

24 décembre. — Plaie complètement fermée, léger larmoie-ment.

8 janvier 1899. — Poussée d'adénite, à droite ganglions sous-maxillaires, parotidiens, carotidiens-externes, tuméfiés et douloureux. Kérato-conjonctivite plecténulaire, trois petites vésico-pustules à cheval sur le limbe cornier de l'œil droit avec pinceau conjonctival.

Le 14, les ganglions ont diminué de volume. Ils sont indolents, la kérato-conjonctivite persiste avec blépharospasme et photophobie, injection sous-conjonctivale au biiodure de mercure à 4/1000.

Le 17, un peu de réaction conjonctivale, les pustules ont complètement disparu. La malade, tenue en observation jusqu'au 10 février, date de la sortie, n'a présenté aucun signe particulier.

L'examen bactériologique des fongosités du sac lacrymal est fait au laboratoire de M. le professeur Arloing, chef des travaux, qui nous remet la note suivante :

« Un cobaye inoculé sous la peau de la cuisse avec ces fongosités a présenté au bout de dix jours un nodule tuberculeux au point de l'inoculation.

Mort le 13. — A l'autopsie, ganglions inguinaux et lombaires, osseux où l'on décèle, par le procédé de Hauser, de nombreux bacilles de Koch. Rate granuleuse.

En somme, la nature tuberculeuse de ces fongosités est évidente.

10 décembre 1902. — Nous revoyons la jeune fille grosse et forte. Elle nous déclare que ses yeux ne pleurent plus depuis longtemps : depuis l'opération, elle n'a rien remarqué de particulier.

OBSERVATION XXV

Tuberculose du sac lacrymal. — Guérison.

F..., Maria, quinze ans, entre le 7 juin 1902 à Saint-Paul dans le service du Dr Rollet. L'enfant a souffert des yeux toute sa vie. Elle présente de nombreuses cicatrices déprimées et étoilées dans la région cervico sternale et sous-maxillaire gauche.

Dans la région paradienne droite, cicatrice de même apparence avec ganglion mobile roulant sous le doigt sous-jacent. Pas de déformation du voile du palais, les dents sont irrégulièrement implantées, il manque deux incisives latérales; celles existant sont cariées.

État général satisfaisant, ne tousse pas, digère bien, quelques ulcérations nasales, traces d'eczéma aux oreilles.

Elle vient à l'hôpital pour une lésion sous-orbitaire gauche dans la région du sac, ayant débuté il y a un mois par une inflammation qui a laissé à sa suite une petite tumeur dans l'angle interne.

Actuellement on trouve une saillie mamelonnée dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, présentant une longueur de 2 cent. 4/2 environ. Cette tumeur n'est pas douloureuse spontanément ni à la pression. Elle est rouge violacé, fluctuation nette. A l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs se trouve une petite ulcération de la grosseur d'une tête d'épingle, croûteuse, jaunâtre donnant issue à un pus granuleux, légère blépharite de la paupière supérieure; à la pression, il sort du pus du sac.

43 juin 1902. — Extirpation du sac par M. Rollet et des fongosités présacculaires. Pansement à plat.

28 juin. — Cicatrisation absolue. Il s'est produit une ulcération qui s'est peu à peu comblée, sans fistule cutanée. Léger larmolement simple; pas de pus à la pression.

4^{er} août. — La malade revient, très léger larmolement à gauche

cicatrice légère non adhérente aux plaies profondes. Pas de pus à la pression. A droite, larmolement purulent.

Le sac lacrymal envoyé au laboratoire d'hygiène est inoculé en fragments à deux cobayes le 13 juin 1902.

Le premier meurt le 10 juillet avec pus localement ; grosse rate, granulations grises péritonéales et hépatiques (bacilles de Koch).

Le deuxième cobaye est mort de septicémie sans lésion tuberculeuse le 19 juin.

Nous demandons à la malade de ses nouvelles par correspondance, elle nous répond en décembre 1902 que son œil opéré est guéri. Son œil non opéré, ajoute-t-elle, donne du pus et pleure toujours.

OBSERVATION XXVI

Empyème du sac. — Abscess de la paupière inférieure d'origine tuberculeuse. — Guérison, léger larmolement.

Incision, drainage, pas d'amélioration, ablation du sac, guérison complète.

La nommée R.... Célestine, âgée de vingt et un ans, entre dans le service de M. Rollet à la fin de l'année 1901.

Il y a six ans, la malade fut atteinte d'une affection des voies lacrymales, les larmes ne passaient plus, elle fut soignée, la guérison se fit longtemps attendre, ne fut même jamais complète, car le larmolement reprenait par intermittence.

Il y a six semaines, une tumeur de la grosseur d'une noisette se montra près de l'angle interne gauche. Un médecin a écrasé cela sur son pouce(?).

Tout porte à croire que le sac s'ouvrit dans les tissus du côté de la paupière inférieure, car à la suite de cette manœuvre, la paupière gauche inférieure se boursoufla, rougit et la malade qui était sur le point de se marier, vint trouver un oculiste lyonnais pour être rapidement débarrassée.

Celui-ci ponctionna à la seringue de Pravaz et ordonna une pommade. Une fistule s'établit à la suite de cette ponction et la tumeur ne fit que grossir.



La malade se présente le 6 janvier à la consultation du D^r Rollet ; elle est dans l'état que nous montre sa photographie.

Nous constatons une tumeur occupant tout le rebord orbito-palpébral inférieur gauche. La forme générale, est celle d'une énorme tranche de mandarine, la peau est violacée, de petits tubercules couleur sucre d'orge se trouvent près de l'angle interne. Légère aréole rouge analogue à un lupome.

Un peu en dehors sacculaire, un semblable en dehors sous la commissure externe, grosse masse légèrement fluctuante sous le doigt occupant la partie externe de la paupière inférieure. On fait refluer une quantité de larmes et de sérosité en appuyant sur le sac lacrymal qui participe lui aussi à l'inflammation de la région.

2 janvier. — Incision palpébrale. Drainage par contreponction.

7 janvier. — Le pansement est souillé, il reste encore une induration profonde de la région. M. Rollet fait une seconde contreponction. Écoulement de sang et de pus.

Le 9 janvier. — Ouverture au bistouri d'une nouvelle poche purulente. Nouveau drainage.

Le 11 janvier. — On enlève le drain. Le sac plus apparent par l'affaissement de l'abcès palpébral montre par la pression qu'il est plein de larmes.

14 janvier. — La guérison se faisant trop attendre, M. Rollet extirpe le sac. Celui-ci est à parois peu épaisses. Écoulement d'une grande quantité de pus et de masses caséeuses à son ouverture. La dépendance du sac et des abcès palpébraux ouverts antérieurement est nettement constatée.

Le 20 janvier. — Au premier pansement, nous trouvons une cicatrisation complète de la plaie opérée. Plus de pus à la pression, à peine un peu d'induration de la région palpébrale intérieure.

Le 22 janvier. — La malade s'en va guérie.

Le 10 février. — Elle revient à l'hôpital; nous constatons que la partie interne de la paupière inférieure est libre et mobile. A la pression du sac, pas de pus. A la partie externe de la paupière inférieure, un peu d'induration.

Le 21 mars. — La malade revient, la paupière présente une fluctuation fongueuse (tuberculose ?).

Le 23 mars 1902. — Incision. Curetage. Thermo-cautère. Pansement à plat.

Le 28 mars. — Cicatrisation à peu près complète, la paupière est toujours œdématisée.

14 avril. — La malade vient à l'Hôtel-Dieu, nous constatons le bon état de la région opérée. Les cicatrices sont peu visibles.

Voici les réponses des laboratoires où furent envoyés des fragments provenant de la dernière opération.

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — *Pus de l'abcès de la paupière.* Pas de résultats à l'examen direct. Ensemencement du bouillon. A donné une culture homogène en deux heures, celle-ci étant uniquement formée de cocci en diplo, mais surtout en petits amas de quatre à cinq cocci; tous gardent le Gram, donc staphylocoques.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Sur les coupes les fongosités très jeunes, en grande partie formées d'un feutrage collectif, reliés, offrant çà et là des amas médullaires de cellules déjà granuleuses troublant en vitrification suffisaient déjà à regarder la nature tuberculeuse comme très probable, si on était arrivé à trouver sur une des coupes une cellule géante typique.

Fongosités des paupières. — Réaction au cobaye peu nette quoique l'animal ait présenté des ganglions. Les frottis de ces ganglions ont montré des bacilles de Koch en quantité.

18 décembre 1902. — La malade à laquelle nous écrivons, dit qu'elle ne peut venir car elle est nourrice. Elle est très satisfaite de l'opération. Elle pleure un peu au vent l'hiver.

Ces trois observations sont fort intéressantes par leur précision. Les deux premières malades sont guéries radicalement par l'ablation du sac incriminé avec raison comme l'organe malade. Le sac enlevé, l'affection guérit, comme une dacryocystite banale, bien que l'étude anatomo-pathologique et bactériologique ne nous laisse aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'affection dans ces trois cas.

Dans les deux premiers, l'opération a été conduite comme une ablation ordinaire. La nature phlegmo-neuse de la péridacryocystite dans le dernier cas nous a obligé à drainer la paroi, mais le drainage ne s'adressait qu'au phlegmon palpébral que nous montre la photographie que nous avons tenu à reproduire.

§ VI. — TUMEUR PRÉLACRYMALE

Il convient de fixer ce qu'il faut entendre par « tumeur prélacrymale ».

En 1891, Parinand décrit des périocystites lacry-males diffuses simulant des périostites. Jocqs en 1889, dans une discussion à la Société d'ophtalmologie de Paris sur le traitement des dacryocystites, cite un cas de poche périocystique, communiquant avec le sac par une fistule à travers le paroi antérieure de ce dernier et simulant cliniquement la tumeur par rétention.

M. Rollet (*Lyon médical*, 1900) montre qu'il existe des tumeurs sans perforation du sac lacrymal qu'il propose d'appeler tumeurs prélacrymales. Il étudie cette inflammation de l'espace présacculaire et indique que souvent le sac lacrymal est indemne ou peu atteint.

En 1901, paraît la thèse d'Aribaud dont nous avons parlé.

Nous renvoyons à cet excellent travail pour l'étude plus approfondie de la tumeur prélacrymale et à

celui de Circione (Cista-adenoma justapposo al sacco lacrimale, *Progresso medico*, Naples 1900) qui dit qu'un bon signe de tumeur prélacrymale est l'absence de larmoiement.

Aribaud parlant du traitement dit qu'il doit varier: ablation du sac, s'il y a fistule de communication de la tumeur prélacrymale avec le sac, simple ouverture de l'abcès s'il est primitif et indépendant.

L'observation que nous donnons semble indiquer que le sac a pu être incriminé comme cause de l'infection de l'espace prélacrymal. Il y eut des infections répétées et atténuées des voies lacrymales ; dans la suite dacryocystite nouvelle avec fistule suivie de l'ablation du sac.

OBSERVATION XXVII

Fongosités présacculaires. — Fistule lacrymale. — Guérison.

Il s'agit d'un enfant âgé de quatorze ans, qui entre dans le service de la Croix-Rousse au commencement du mois d'octobre 1904.

Le père de l'enfant avait de l'épiphora, les tantes et oncles paternels avaient tous les yeux rouges et larmoyants.

Personnellement l'enfant avait les yeux rouges et pleurait continuellement, si bien qu'une intervention fut faite en 1887, par M. Auguste Pollosson, qui fit un débridement du canalicule inférieur et des cathétérismes.

Un peu plus tard on fait des cathétérismes et la malade se crut guérie. Depuis un mois tumeur à l'angle interne de l'œil droit, la tumeur s'est fistulée et suppure depuis.

Actuellement, au-dessous de l'angle interne, tumeur en forme de poire à grand axe légèrement inclinée de haut en bas et de

dedans en dehors du volume d'une noisette, la peau est rouge, mais la rougeur est très limitée et ne dépasse pas le bord de la tumeur. Il y a une fistule sur la face antérieure.

La tumeur ne donne du pus ni par l'œil ni par le nez.

Opération par M. ROLLET. — Incision habituelle, pas de pus, seulement des fongosités en avant du sac; on gratte et on curette; le sac est donc indemne.

Le 14 octobre 1901, on s'aperçoit que la malade porte des adénites sous-maxillaires, bi-latérales, pas d'adénites pré-auriculaires.

24 octobre. — On reprend la malade dont la plaie suppure encore. M. Rollet lui fait une extirpation totale du sac avec curetage des fongosités avoisinantes. Pansement à plat. La nouvelle opération avait été prévue comme obligatoire à bref délai à la première intervention.

28 octobre. — Plus qu'une légère ligne cruentée de cicatrisation.

4 novembre. — Cicatrisation avancée, pas de larmolement; rien à la pression, pas de sécrétion, ni en haut, ni en bas.

Le 17 juillet 1902, la malade est revue par nous; cicatrice étoilée très peu visible. Pas d'ectropion; à la pression de la loge lacrymale, pas de pus, léger larmolement, un peu de conjonctivite bulbaire occupant tout l'œil.

Voici quel avait été le résultat de l'examen bactériologique : le cobaye inoculé meurt vingt et un jours après, sans présenter de lésions tuberculeuses. « L'importance de ce résultat négatif, dit M. P. Courmont, doit être acceptée avec réserve étant données la petitesse du fragment inoculé et la date un peu précoce de la mort de l'animal. »

L'examen microscopique ne montre ni bacille de Koch, ni aucun microorganisme.

12 décembre 1902. — Nous ne pouvons voir la malade à laquelle nous rendons visite. Sa mère nous donne des renseignements favorables; l'œil ne pleure plus, la cicatrice ne se voit pas; elle en donne comme preuve que les amies de sa fille ne veulent pas croire qu'on « l'a coupée à l'œil ».

CHAPITRE IV

Résultats éloignés de l'extirpation du sac lacrymal.

La guérison du larmolement.

Dans l'étude de l'extirpation du sac lacrymal dans les « dacryocystites » qu'il faisait dans le *Lyon médical* du 2 mai 1897, M. Rollet constatait que la plupart des auteurs se bornent à noter la disparition de l'épiphora sans chercher à l'expliquer. C'est un fait et voilà tout, dit Tavignot.

Les auteurs qui ont cherché à résoudre la question ont proposé trois explications différentes :

1° Les voies lacrymales redeviennent perméables ou n'ont été oblitérées que partiellement ;

2° La cause du larmolement était dans l'irritation produite par l'inflammation ou le muco-pus venant sourdre aux points lacrymaux ;

3° La glande lacrymale s'atrophie après destruction du canal lacrymal.

1° OBLITÉRATION INCOMPLÈTE DES VOIES D'EXCRÉTION DES LARMES

Nous ne nous arrêterons pas à cette explication. Scarpa, Denonvilliers, Gosselin ont soutenu cette théorie très acceptable a priori, lorsqu'on détruisait le sac par les caustiques chimiques et le feu. Par ces méthodes, la destruction des voies d'excrétion des larmes ne doit être, en effet, que partielle.

Manfredi, Businelli, Muller se sont aussi ralliés à cette théorie. On comprend que lors d'un raclage ou d'un curettage, des fragments de muqueuse oubliés dans la plaie puissent servir d'amorce à ce nouveau canal. Mais en cas de dissection totale ou minutieuse du sac lacrymal, l'observation clinique semble montrer l'absence de la reconstitution du canal lacrymonasal après l'opération. Jamais nous n'avons pu passer de sonde dans ces cas-là. Les expérimentations faites sur des animaux, sur le chien (Rollet et Vado), sur des lapins (Tscherno-Schwartz) montrent l'impossibilité de faire un sondage. Ce dernier auteur l'a essayé sur treize lapins sans succès et l'autopsie permet de reconnaître la transformation de la loge lacrymale en gangue fibreuse.

2° L'IRRITATION EST CAUSE DU LARMOIEMENT

Cette seconde explication mérite d'être étudiée. Il est d'expérience commune que la moindre irrita-

tion de la conjonctive (froid, vent, poussière, vapeurs irritantes) est rapidement suivie d'une hypersécrétion. Il s'agit là d'une réaction de défense de l'organisme ; les larmes viennent pour balayer la cause matérielle de l'irritation. Bien plus, l'irritation de la pituitaire provoque du larmolement. Cela expliquerait que certains malades font débiter à un coryza la dacryocystite dont ils sont porteurs. Les yeux ont commencé à pleurer au moment de cette affection qui a pu par sa chronicité gagner le sac par infection ascendante. Cette explication, soutenue par Desmarres, trouva de nombreux partisans et elle est digne d'être retenue, car elle paraît contenir une certaine part de vérité. Dans les dacryocystites, le larmolement existe dès que l'inflammation peut être constatée alors que le sac est encore perméable aux injections faites avec la seringue d'Anel. D'après cette explication donc, les canaux lacrymaux ne seraient que des voies d'évacuation de réserve ; l'évaporation qui s'effectue à la surface du globe oculaire suffirait en temps normal à combattre l'épiphora (Walormont, Seidl).

Cette seconde explication serait en tous points satisfaisante si l'expérimentation n'était venue démontrer l'évidence de la troisième, à savoir :

3° L'ATROPHIE DES GLANDES LACRYMALES

MM. Rollet et Vadon ont extirpé la glande lacrymale chez un chien ; cinq mois plus tard le chien fut

sacrifié et voici leurs constatations : « Nous introduisons dans chacun des canalicules un mince stylet mousse, à 4 ou 5 millimètres du rebord de la paupière on sent une résistance ; il est impossible de pénétrer plus loin. En nous servant des stylets comme guide nous disséquons les conduits et nous trouvons chacun d'eux bouché par du tissu cicatriciel. Nous pratiquons ensuite la dissection des glandes lacrymales. Les glandes lacrymales nous présentent l'aspect de glandes en grappes aplaties. La glande de l'œil gauche, dont le sac lacrymal ne fut pas extirpé présente une coloration rose pâle ; celle de l'œil droit rappelle la teinte feuille morte. La première mesure 14 millimètres dans l'axe antéro-postérieur et 9 millimètres dans l'axe transversal ; la seconde mesure 12 millimètres dans l'axe antéro-postérieur et 8 dans l'axe transversal.

« Après les avoir durcies, on les a coupées dans la paraffine colorée au picrocarmin, à l'éosine hématoxylique et à l'hématoxyline de Buchner. L'examen fait par le docteur Paviot a donné les résultats suivants :

« Quand on compare la glande lacrymale appartenant à l'œil opéré de l'extirpation du sac à celle de l'œil non opéré à un faible grossissement, il est évident qu'il existe un degré de sclérose marqué ; le tissu de sclérose est à la périphérie de la glande. Parfois des traînées conjonctives la pénètrent, mais c'est le plus souvent en suivant le vaisseau et le canal excréteur qu'il accompagne. »

« Il ne s'agit sûrement pas du tissu conjonctif nor-

mal de la glande, car c'est un tissu dense formé de gros trous sous-conjonctifs très pauvres en cellules fixes. Les trainées qui pénètrent de l'enveloppe du lobule dans l'intérieur de celui-ci ne vont jamais très profondément ; aussi les altérations de tubes glandulaires ne sont-elles apparentes que sous la capsule sclérosée et même tous les lobules de la glande n'en sont pas atteints. Les tubes immédiatement sous-capsulaires sont affaissés, leur lumière a disparu ; de fines trainées scléreuses semblent les étreindre et ceci sous une épaisseur relativement minime par rapport à la masse du lobule. En dehors de cette sclérose glandulaire, localisée comme on le voit, il n'est pas possible de constater d'altération plus marquée des éléments nobles de la glande. Sur l'une des coupes de glandes anormales, un des canaux excréteurs des plus importants a été coupé sur une grande longueur de son parcours. On peut constater que, malgré un tissu scléreux net qui l'entoure, son épithélium n'a qu'une seule couche et n'offre pas de trace de réaction inflammatoire. »

Il s'agit donc d'une atrophie bien manifeste de la glande lacrymale. Glandes et sac font partie d'un seul et même système où les modifications de l'un retentissent sur l'état de l'autre dans le même sens. Camici a constaté cette atrophie des glandes chez un homme à qui il avait enlevé le sac lacrymal : l'autopsie montra la loge lacrymale comblée par un tissu fibreux et de l'atrophie glandulaire (l'examen fut fait par Bianchini).

Dans un travail récent, longuement relaté dans le

Zeitschrift fur augenheilkunde, (mai-juin 1901), Tscherno-Swartz s'appuyant sur seize expériences sur le lapin et sans connaître la thèse de Vadon arrive à des conclusions qu'il nous paraît intéressant de relater.

CONCLUSIONS. — 1° Il n'y a aucun doute qu'un certain temps après l'extirpation du sac lacrymal l'écoulement diminue et peut même disparaître complètement.

2° Cet écoulement des larmes disparu peut revenir sous l'influence d'une irritation momentanée ; son intensité est en rapport inverse avec le temps écoulé depuis l'opération.

3° La cause de la disparition de l'écoulement des larmes après l'extirpation du sac lacrymal vient probablement de l'atrophie compensatrice des glandes lacrymales correspondantes.

4° La disparition du larmolement et l'existence du changement dans les glandes lacrymales après l'extirpation du sac laissent supposer l'existence d'un rapport plus étroit, probablement nerveux entre les deux organes.

5° Si grand que puisse être normalement le quantum du flux des larmes sécrétées, son excédent ne peut pas être enlevé par évaporation, une partie de ces larmes doit être enlevée par l'appareil excréteur.

L'atrophie des glandes est donc la dernière explication à laquelle il faut rattacher la disparition du

larmoient après l'extirpation du sac. Mais cette explication n'exclue pas complètement la précédente, les faits physiologiques sont trop complexes pour qu'une seule explication y suffise, nul doute que dans le cas présent la suppression de l'irritation et l'atrophie de la glande après l'extirpation du sac ne soient les deux causes qui se combinent pour produire ce résultat, à savoir que la suppression du larmoient considérée longtemps comme antiphiysiologique après extirpation du sac et par cela même l'oblitération du canal nasal est maintenant un fait reconnu et admis par tous les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération.

RÉSUMÉ DES 26 CAS DE DACRYOCYSTITE

Traités par l'Extirpation du Sac (M. ROLLET)

RÉSUMÉ

DES

26 CAS DE DACRYOCYSTITE TRAITÉS PAR L'EXTIRPATION DU SAC (M. Rollet)

	DATE DU DÉBUT DE LA MALADIE	TRAITEMENTS ANTÉRIEURS AYANT ÉCHOUÉ	DATE DE LA CICATRISATION COMPLÈTE	DATE DES DERNIERS renseignements	SUPPURATION	LARMOIEMENT
Dacryocystites simples						
I. — Vve B..., Marguerite (60 ans).	Inconnue.	Cathétérismes.	6 ^e jour.	25 mois après.	Nulle.	Nul.
II. — P..., Jean-Baptiste (48 ans).	4 ans.	Curette, thermocautére.	9 ^e jour.	9 mois après.	Nulle.	Humidité sans larmement vrai.
Empyèmes ou mucocèles — Tumeurs lacrymales						
III. — D..., Henri (45 ans).	4 ans.	Nuls.	20 ^e jour.	2 ans 1/2 après.	Nulle.	Nul.
IV. — S..., Antoinette (48 ans).	3 ans.	Nuls.	Péridite améliorée.	6 ans 1/2 après.	Existe.	Nul.
V. — C..., Joannès (47 ans).	O. D., 2 ans.	Nuls.	42 ^e jour.	9 mois après.	Nulle.	Nul.
V. — — — —	O. D., 2 ans.	Nuls.	5 ^e jour.	6 mois après.	Nulle.	Insuffisant.
VII. — V..., Antoine (33 ans).	2 ans.	Nuls.	7 ^e jour.	18 mois après.	Nulle.	Nul.
VIII. — P..., Jeanne (46 ans).	1 an 1/2.	Grattage, cathét.	9 ^e jour.	4 ans 1/2 après.	Nulle.	Assez marqué.
IX. — A..., François (46 ans).	3 ans.	Nuls.	8 ^e jour.	24 mois après.	Nulle.	Nul.
X. — C..., Philomène.	40 ans.	Grattage, cathét.	8 ^e jour.	29 mois après.	Nulle.	Nul.
XI. — C..., Ludovic. O. D.	O. D. inconnue.	Nuls.	6 ^e jour.	24 mois après.	Nulle.	Nul.
XII. — — — O. G.	O. G. inconnue.	Nuls.	Inconnue.	24 mois après.	Nulle.	Nul.

XV. — A..., Laureine (14 ans).	Inconnue.	Curette, incision.	14 ^e jour.	21 mois après.	Existe.
XVI. — G..., Jeanne (11 ans).	2 ans.	Cathétérisme.	2 mois 1/2 après.	33 mois après.	Nul.
XVII. — S..., Éléonore (33 ans).	3 ans.	Nuls.	5 ^e jour.	23 mois après.	Nul.
XVIII. — B..., X. (6½ ans).	4 mois.	Incision, sondage.	8 ^e jour.	2 ans 4/2 après.	Nul.

Dacryocystites avec fistules

XIX. — G..., Jean-Franç. (53 ans).	2 ans.	Ouverture abcès.	Inconnue.	9 mois après.	Nul.
XX. — G..., Marie (11 ans).	9 mois.	Nuls.	14 ^e jour.	24 mois après.	Intermittent.
XXI. — Vve M..., Pierrette (58 ans).	Congénital.	Plusieurs interv. non précisées.	8 ^e jour.	19 mois après.	Nul.
XXII. — M..., Cécile (58 ans).	Congénital.	Nuls.	13 ^e jour.	6 ans 1/2 après.	Au vent.
XXIII. — B..., Catherine (52 ans).	1 an.	Nuls.	5 ^e jour.	2 ans après.	Existe.

Dacryocystites tuberculeuses

XXIV. — N..., Pauline (14 ans).	2 mois.	Nuls.	10 ^e jour.	3 ans après.	Nul.
XXV. — F..., Maria (13 ans).	Inconnue.	Nuls.	13 ^e jour.	6 mois après.	Au vent.
XXVI. — R..., Claudine (21 ans).	5 semaines.	Ouverture.	6 ^e jour.	24 mois après.	Nul.

Tumeur prélaeymale

XXVII. — S..., Rose (14 ans).	Congénital.	Débridement, et thot curetage.	10 ^e jour.	14 mois après.	Nul.
-------------------------------	-------------	-----------------------------------	-----------------------	----------------	------

CONCLUSIONS

1° L'extirpation du sac comme traitement des dacryocystites est une opération déjà ancienne. Elle a été abandonnée à cause de complications qui ne s'observent plus aujourd'hui avec les méthodes antiseptiques.

2° Nous décrivons la technique opératoire de l'opération qui se fait au bistouri et à la rugine. Elle consiste dans l'extirpation totale du sac qui doit autant que possible, être enlevé en bloc.

3° Dans les cas de mucocèles, c'est-à-dire de tumeurs lacrymales à contenu muco-purulent sans rougeur de la peau et adhérences périphériques, il y a guérison de la plaie en cinq ou six jours. Il en est de même dans les cas d'écoulements rebelles sans ectasie du sac, mais la recherche du sac est alors plus délicate.

4° Le sac doit toujours être enlevé en totalité dans le cas contraire ; s'il reste des débris de muqueuse comme surtout dans les cas de dacryocystites phlegmoneuses ou de fistules lacrymales, la plaie est plus

longue à se cicatriser et on peut observer des récidives (suppuration lacrymale). Quand, à la suite de l'extirpation du sac la suppuration est tarie mais qu'il persiste du larmolement, ce larmolement n'est pas infectieux, c'est-à-dire qu'il ne s'accompagne plus de rougeur, douleurs et picotements, il est simple, intermittent, peu gênant, apparaît seulement dans la marche contre le vent ou au froid. Il disparaît souvent dans la suite par atrophie des glandes lacrymales.

5° Nous avons pu recueillir vingt-six observations de malades opérés par Rollet et dont quelques uns il y a plus de six ans ; les résultats éloignés de ces opérations ont été réunis dans un tableau synoptique.

6° Certains cas de tumeurs prélacrymales réclament l'extirpation du sac lacrymal. Nous rapportons un cas. La cause de la cessation du larmolement paraît résider dans la suppression de la cause irritante et dans l'atrophie de la glande lacrymale consécutivement à l'extirpation.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY

Vu :

POUR LE DOYEN,

L'Assesseur :

LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

1° Bibliographie étrangère

- ARTMANN. — Ueber die Behandlung Tranensacken. Inaug. Dissert., Berlin, 1895.
- AYRES. — *American Journal of ophtalm.*, p. 17, 1884.
- BERLIN. — *Klinisch. Monat. Blatter fur Augenheilkunde*, p. 267, 1868.
- BERLIN. — Congrès d'ophtamologie, d'Heidelberg, *Ann. ocul.*, janvier et février, 1869.
- BUSINELLI. — *Rivista clinica*, p. 219, novembre, 1872.
- BUSINELLI. — *Nagel's Jahresb.* Bd. III, s. 440.
- CAMICI. — Cité par Tchernow Swartz, mai-juin 1901.
- CIRINCIONE. — Sista ademonia giustapposto al sacco lacrymalo, *Progresso medico*, Napoli, 1900.
- RIDDER (DE). — Extirpation du sac lacrymal, Soc. belge d'ophtalmologie, 27 avril 1901.
- FUCHS. — Manuel d'ophtal., 1897.
- JOHANNES VON AMON. — Beitrag. fur Statistisk der Thranens Ext., Kiel, 1892.
- MULLER. — Ueber die Extirpation der Thranens, *Klin. Monat. F.* Aug., t. 31, p. 350., 1893.
- HESS (Paul). — Beitrag. fur Therapie der Chronischen Thranensackleiden. Inaug. Berlin, 1892.
- PLANT et ZELEWSKY. — Microbes conjunctivaux après extraction du sac lacrymal, *Klin. Monat.*, F., Augen, 1901.
- PEALZ DUSSELDORF. — *Deutsche med. Zeitf.*, n° 85, 1891.
- ROHRS. — Ueber die Extirpation des Tranensacken, Inaugural diessert. Kiel, 1900.
- SCHREIBER. — *Archiv. fur ophtalm. Band.*, 27, t. II, 1881.
- SBORDONE. — Il movimento medico-chirurgico, Napoli, t. XIV, fascicule I, 1882.
- TOKUSSO KIMORRA. — Ueber die Extirpation der Thranens. Inaug. Dissert., Zurich, 1893. fl
- TCHERNO SWABTZ. — *Zeits. f. Augen*, mai-juin 1901.

2° Bibliographie française

- ABADIE. — Traité maladies des yeux, 1884.
- ARIBAUD. — Tumeur prélacrymale, Lyon, 1901.
- CIRINCIONE. — Sur la tumeur prélacrymale, *Ann. ocul.*, août 1902.
- CORNY. — Traitement de la dacryoscopie chronique par le curetage suivi du pansement à ciel ouvert.

- DENONVILLIERS et GOSSELIN. — Traité des maladies des yeux, 1854.
- DESHARRES. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. I, 1834.
- GAZELOWSKY. — Traité maladies des yeux, 1888.
- MACKENSIE. — Maladies des yeux, 1860.
- MEYER. — Traité pratique maladies des yeux, 1887.
- MONOYER. — *Gaz. médic. de Strasbourg*, p. 102, 1867.
- PANAS. — Traité maladies des yeux, 1894.
- ROLLET (E.). — L'ophtalmologie à Vienne, *Lyon médical*, p. 258, n° 42, 1895.
- ROLLET (E.). — Traitement de la dacryosystite par l'extirpation du sac lacrymal, *Lyon médical*, 7 juin 1896.
- ROLLET (E.). — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystite, *Lyon médical*, 2 mai 1897.
- ROLLET (E.). — Tumeur prélacrymale e son traitement, *Ann. ocul.*, mai 1900.
- ROLLET (E.). — Technique de l'extirpation du sac, *Société française d'ophtalmie*, mai 1902.
- SALVA. — Octobre 1902, *Ann. d'ocul.*, à propos de l'extirpation du sac lacrymal.
- SCARPA. — Traitement des maladies des yuex, 1821.
- TAVIGNOT. — Tumeur et fistule lacrymales guéries par l'excision des conduits, *Annales d'ocul.*, 1858.
- Oblitération des conduits, *Gaz. Hôp.*, 1862.
- TERRIEN. — Chirurgie de l'œil et des annexes, 1902.
- TERSON (A.). — *Archives d'ophtalm.*, t. XI, p. 224.
- TERSON (A.). — Les glandes lacrymales conjonctivales et orbito-palpébrales, thèse de Paris, 1893.
- TERSON (A.). — Procédé pour l'incision cutanée du sac lacrymal, *Ann. ocul.*, juillet 1902.
- Un point de repaire pour la découverte du sac lacrymal, *Clin. opht. et Chir. ocul.*, 1900.
- HAAB-TERSON. — Atlas des maladies extérieures de l'œil, p. 90, 1901.
- TRUC et VALUDE. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, p. 507.
- VADON. — Thèse de Lyon, n° 85, 1897.
- VALUDE. — Sur l'extirpation du sac lacrymal, *Ann. ocul.*, juillet 1902.
- VINCENT (F.). — Tuberculose du sac lacrymal et son traitement, thèse de Lyon, 1900.
- WARLOMONT. — Dictionnaire Dechambre, art. Lacrymale.
- WECKER (DE). — Traité complet d'ophtalmologie, 1899, t. VI, p. 1902.

